

**UNIVERSITÉ PAUL VALÉRY - MONTPELLIER III -**

Ecole doctorat 60 « TERRITOIRES, TEMPS, SOCIÉTÉS ET DÉVELOPPEMENT »

Département de Psychologie – UFR V -

Doctorat de Psychologie

Spécialité : Psychologie clinique et Cognitive

# **L'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience chez des jeunes filles anorexiques**

**Thèse réalisée par**

AHMAD Rafât

Sous la direction du Professeur

Denis Brouillet

Composition du Jury :

M. RUSINEK Stéphane, Professeur, Lille 3, rapporteur

M. GRAZIANI Pierre-Louis, Professeur, Nîmes, rapporteur

M. LANG François, Professeur, CHU St Etienne, examinateur

M. CARRIER Édouard, Docteur en médecine, Lyon, examinateur

M. TROUILLET Raphaël, MCF, Montpellier3, examinateur

M. BROUILLET Denis, Professeur, Montpellier3, directeur

Soutenue le 6 Janvier 2012

Présentée à mon pays : **LA SYRIE** et à mon cher président **AL ASSAD BASHAR**

## Remerciements

- Je remercie les membres du jury
- Je remercie infiniment Monsieur **LANG FRANÇOIS** qui m'a donné la possibilité de trouver le terrain pour se réaliser mon travail empirique.
- Je remercie Monsieur **CARRIER ÉDOUARD** d'avoir nous accueillir dans son clinique pour appliquer le protocole de travaille.
- Un grand remerciement pour Monsieur le Professeur, **DR BROUILLET DENIS**, possédant une grande curiosité scientifique, et ouvert à toutes les nouveautés du monde scientifique et qui encourage tous les efforts fournis par les étudiants qui s'engagent dans cette voie

## **Résumé en français :**

La thérapie de pleine conscience est considérée comme la nouvelle orientation de la thérapie cognitive comportementale. Elle trouve son origine principalement avec le travail de Kabat-Zinn (1979- 2009), le président du centre CFM : Centre for Mindfulness in médecine, qui a montré que la thérapie de pleine conscience est une thérapie autonome capable de diminuer des symptômes pathologiques et influencer la personnalité pour aboutir à des changements cognitifs profonds. Dans notre travail l'anorexie mentale a été choisie comme une pathologie pouvant être traitée par cette thérapie, ce qui n'avait pas été effectué jusqu'à présent. Les séances se sont déroulées avec des patientes hospitalisées à Lyon et à St. Etienne.

Les résultats obtenus ont montré que la prise en charge par « la pleine consciences », a fait diminué les symptômes pathologiques d'anorexie mentale (physique, psychique et cognitifs), et que les patientes, après la thérapie, ont présenté un locus de contrôle interne par rapport au début de thérapie et par rapport au groupe contrôle ; qu'elles utilisent moins le coping émotion et plus le coping problème et le coping soutien social par rapport au début la thérapie et par rapport au groupe de contrôle.

Mots clefs : thérapie cognitive, pleine conscience, anorexie, TCA, dépression, locus of control, métacognition.

## **The effectiveness of cognitive therapy based on mindfulness in anorexics**

### **Abstract**

The Mindfulness therapy is considered the new direction of cognitive behavioral therapy. It started mainly with the work of Kabat- Zinn (1979 - 2009) President of CFM Centre: Centre for Medicine in Mindfulness where he interested in managing stress using mindfulness.

This study is an attempt to make the therapy of mindfulness as an independent therapy by itself is able to reduce disease symptoms and influence on personality to cognitive changes Profound. It targets to show that this type of therapy is far from being a simple tool to manage stress. Anorexia nervosa has been selected as pathology to be treated by this therapy, which held its session in patient hospitalized in Lyon and St. Etienne.

The results showed that the treatment with the Mindfulness had reduced the pathological symptoms of anorexia nervosa (physical, emotional and cognitive), and that patients, after therapy, had became with a locus of control internal Compared with the beginning of treatment, and with the control group, they used less the coping emotional and coping problem and coping social support compared with the start of therapy and the control group.

**Key Words :** ccognitive therapy, mindfulness, anorexia, TCA, depression, locus of control, meta-cognition

**EPSYLON :** Laboratoire Dynamique des Capacités Humaines et des Conduites de Santé  
Université de Montpellier III

## TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION .....	14
PARTIE THEIORIQUE .....	17
1 LA THERAPIE COGNITIVE .....	18
1.1 APPROCHE HISTORIQUE DE LA THERAPIE COGNITIVE .....	18
1.2 LES PRINCIPES DE LA THERAPIE COGNITIVE.....	32
1.2.1. L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE.....	32
1.2.2. L'ANALYSE FONCTIONNELLE.....	38
1.2.3. LES TECHNIQUES DE RESTRUCTURATION COGNITIVES.....	42
1.2.3.1. LE QUESTIONNEMENT SOCRATIQUE .....	43
1.2.3.2. LA COLONNE DE BECK.....	44
1.2.3.3 LA FLECHE DESCENDANTE.....	47
1.2.3.4. LA TECHNIQUE : POUR/ CONTR.....	47
1.2.3.5. LA THECHNIQUE AVANTAGE/ DESAVANTAGE.....	49
1.3 DEFINITION LA THERAPIE COGNITIVE DE PLEINE CONSCIENCE.....	50
1.4 LES PRINCIPES DE LA THERAPIE COGNITIVE DE PLEINE CONSCIENCE.....	54

1.5. PRATIQUER LA THERAPIE COGNITIVE DE PLEINE CONSCIENCE.....	59
2. L'ANOREXIE MENTAL.....	64
2.1 DEFINITION DE L'ANOREXIE MENTALE.....	65
2.2 LES DEUX GRANDES TYPES D'ANOREXIE MENTALE.....	65
2.3 LES SYMPTÔMES DIFFERENTIELS DE L'ANOREXIE MENTALE.....	66
2.4 LES ASPECTS PHYSIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE.....	70
2.4.1. L'APPARENCE.....	70
2.4.2. L'HYPERACTIVITE.....	71
2.4.3. L'AMENORRHEE.....	71
2.5 LES ASPECTS PSYCHOLOGIQUES DE L'ANOREXIE MENTALE.....	73
2.5.1. LE DESINTERET A LA SEXUALITE.....	73
2.5.2. LES TYPES DE LA PERSONNALITE.....	74
2.5.3. L'IMAGE CORPORELLE.....	76
2.5.4. LA DISTORSION COGNITIVE CHEZ LES ANOREXIQUES.....	79
2.6 LES FACTEURS INFLUENT L'ANOREXIE MENTALE.....	79
2.6.1. L'ENTOURAGE FAMILIAL.....	81
2.6.2. L'EXPERIENCE INTERPERSONNELLE.....	81

2.6.3. LE RÔLE DE MEDIA.....	82
2.6.4. LES EVENEMENTS BANALS.....	83
2.7 TRAITER L'ANOREXIE.....	85
2.7.1. LA PHARMACOTHERAPIE.....	85
2.7.2. LES PSYCHOTHERAPIE.....	89
2.7.2.1. LA THERAPIE FAMILIALE.....	89
2.7.2.2. LA THERAPIE COMPORTEMENTALE- COGNITIVE.....	90
2.8 LES RECHERCHES SUR LEFFICACITE DE LA THERAPIE COGNITIVE DE PLEINE CONSCIENCE.....	91
LA PARTIE EMPIRIQUE.....	104
1. L'IMPORTANCE DE LA RECHERCHE.....	105
2. LES OBJETS DE LA RECHERCHES.....	105
3. LA PROBLEMATIQUE DE LA RECHEHCE.....	108
4. LES HYPOTHESES DES LA RECHERCHE.....	109
5. LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE.....	110
5.1. LA POPULATION.....	111
5.2. LES VARIABLES.....	111
6 LES DEFINITIONS OPERANTES.....	112



6.1. LA THERAPIE COGNITIVE BASEE SUR LA PLEINE CONSCIENCE.....	112
6.2. L'ANALYSE FONCTIONNELLE.....	112
6.3. LA COLONNE DE BECK.....	112
6.4 LA FLECHE DESCENDANTE.....	112
6.5. LA TECHNIQUE POUR/ CONTRE.....	112
6.6. LA TECHNIQUE AVANTAGE/ DESAVANTAGE.....	112
6.7. LA CONCENTRATION.....	112
6.8. LES TACHES A DOMILCILES.....	113
7 L'APPLICATION.....	114
7.1. LA STRUCTURE DU PROGRAMME APPLIQUE.....	114
8 LES RESULTATS.....	115
8.1. L'ECHANTILLON DE LYON.....	115.
8.1.1. RESULATS A L'ECHELLE DE BECK 21.....	115
8.1.2. RESULTATS A L'ECHELLE DE CONDUITES ALIMENTIRE TCA.....	117
8.1.2.1. RECHERCHE DE LA MINCEUR.....	117
8.1.2.2. LA BOILIMIE.....	119
8.1.2.3. INSATISFACTION PAR RAPPORT A SON CORPS.....	120

8.1.2.4. INEFFICACITE.....	121
8.1.2.5. PERFECTIONNISME.....	123
8.1.2.6. MEFIANCE PERSONNELLE.....	125
8.1.2.7. CONSCIENCE INTEROCEPTIVE.....	126
8.1.2.8. PEUR DE LA MATURITE.....	129
8.1.2.9. ASCETISME.....	130
8.1.2.10. CONTRÔLE DE PULSION.....	132
8.1.2.11. INSECURITE SOCIALE.....	134
8.1.3. RESULTATS A L'ECHELLE DE COPING.....	136
8.1.3.1 LE COPING EMOTIONNEL.....	136
8.1.3.2. LE COPING PROBLEME.....	138
8.1.3.3. LE COPING SOUTIEN SOCIAL.....	139
8.1.4. RESULTATS A L'ECHELLE DE LOCUS DE CONTRÔLE.....	141
8.1.5. RESULTATS A L'ECHELLE DE META- COGNITION.....	142
8.1.5.1. LES CROYANCES INQUIETES POSITIVES.....	142
8.1.5.2. LES CROYANECES SUR LE DANGER INCONTRÔLABLE.....	144
8.1.5.3. LES CROYANCES SUR LES COMPETENCES COGNITIVES.....	145

8.1.5.4. LES CROYANCES GENERALES NEGATIVES.....	146
8.1.5.5. LES CROYANCES COGNITIVES SUR L'AUTO- CONSCIENCE.....	147
8.1.6. LES RESULTATS DE CORRELATION EN DEBUT DE THERAPIE A L'ECHELLE DE TCA ET L'ECHELLE DE BECK 21 D'UNE PART ET LES ECHELLE COGNITIVES D'UN AUTRE PART.....	149
8.1.6.1. LA CORRELATION ENTRE L'ECHELLE DE TCA ET LES ECHELLES COGNITIVES.....	149
8.1.6.2. LA CORRELATION ENTRE L'ECHELLE DE BECK 21 ET LES ECHELLES COGNITIVES.....	152
8.1.7. LES RESULTATS DE CORRELATION EN FIN DE THERAPIE A L'ECHELLE DE TCA ET L'ECHELLE DE BECK 21 D'UNE PART ET LES ECHELLES COGNITIVES D'UNE AUTRE PART.....	153
8.1.7.1. LA CORRELATION ENTRE L'ECHELLE DE TCA ET LES ECHELLES COGNITIVES.....	153
8.1.7.2. LA CORRELATION ENTRE L'ECHELLE DE BECK 21 ET LES ECHELLES COGNITIVES.....	155
9 LA CONCLUSION.....	156
9.1. EN CE QUI CONCERNE L'ECHELLE DE BECK 21.....	156
9.2. QU'EN- IL DES TROUBLES DE CONDUITES ALIMENTAIRES EVALUES PAR LA TCA.....	156
9.3. LES STRATEGIES DE COPING.....	157
9.4. LE LOCUS DE CONTRÔLE.....	158
9.5. LA META- COGNITION.....	158

9.6. EXISTE-T- IL DES LIENS ENTRE LES DIFF2RENTES MESURES EFFECTUEES...	158
10. L'ANALYSE QUALITATIVE D'ECHANTILLON DE ST.ETIENNE.....	160
10.1. LA PREMIERE PATIENTE MLLE. B.....	160
10.2. LA DEUXIEME PATIENTE MLLE. M.....	167
10.3. LA TROISIME PATIENTE MLLE. J .....	172
11. CONCLUSION DU TRAVAIL DE ST.ETIENNE.....	176
12. DISCUSSION GENERALE.....	177
12.1. ECHANTILLON DE LYONS.....	179
12.1.1. AU NIVEAU DDE SYMPTOMES ANOREXIQUES.....	180
12.1.2. LES CHANGEMENT COGNITIFS.....	180
12.1.2.1. LES STRATEGIES DE COPING.....	180
12.1.2.2. LE LOCUS DE CONTRÔLE.....	180
12.1.2.3. LES META- COGNITION.....	180
12.2. ECHANTILLON DE ST. ETIENNE.....	184
13. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	186

## ANNEXE

### 1. LE DEROULEMENT DES SEANCES THERAPEUTIQUES (UN EXEMPLE)

## 2. LES COURBES DE POIDS DES PATIENTES INCLUSES DANS L'ANALYSE QUALITATIVE D'ECHANTILLON DE ST.ETIENNE

MLLE : B

MLLE : M

MLLE : J

## 3. L'ECHELLE D'EVALUATION.

L'ECHELLE DE BECK 21.

L'ECHELLE DE LOCUS DE CONTRÔLE.

L'ECHELLE DE META- COGNITION.

## 4. LES TABLEAUX DE CORRELATION.

## Introduction

La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience représente la troisième vague dans la thérapie comportementale– cognitive. Après la première vague comportementale (Masserman 1943, Wolpe 1952, Eysenck 1959) et la deuxième cognitive (Eliss.1956, Beck 1970), la troisième vague représente une nouvelle orientation qui prend en considération les relations entre émotion et cognition, (Segal, 2006, Hayes, 2004), pour mieux gérer les émotions en face des stimuli désagréables. Et parce que elle se rapproche des philosophies orientales, en particulier le bouddhisme, sans être détachée bien évidemment de la tradition cognitive, elle a donné lieu à peu de recherches scientifiques, et elle demande de plus amples travaux de validation. (Cottraux, 2004).

Kabat-Zinn (1986, 1992,1994) a été le premier à élaborer, un programme structuré (MBSR) : the mindfulness-Based Stress Reduction programm, programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience. Ce programme a été développé ultérieurement dans les travaux de (Segal, William et Teasdale (2006) pour établir le (MBCT) : la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Dans ces deux programmes, la thérapie a été considérée comme une approche de développement personnel, centrée sur une capacité humaine : la prise de conscience d'une expérience personnelle. Bien que, récemment, une recherche a été établie sur l'effet bénéfique de la pratique de la pleine conscience dans le traitement de l'acouphène chronique invalidant, par contre, on ne trouve pas encore de données empiriques suffisamment solides pour attester l'application de cette orientation comme une thérapie indépendante. (Cottraux, 2007), et surtout chez l'anorexique.

Notre recherche est une tentative pour éprouver l'efficacité de cette thérapie chez les malades psychiques. L'anorexie a été choisie comme un exemple disponible à tester en milieu médical.

L'anorexie mentale est un trouble psychiatrique sévère qui touche principalement les adolescents et les jeunes femmes adultes. Il apparaît, quelque fois, dans une forme subclinique, et peut s'associer avec d'autres troubles alimentaires, ce qui fait la difficulté du diagnostic " (Simon, 2007).

Ce trouble a deux grands types connus. Le premier est le type restrictif qui est le type "classique". Les patients n'ont pas de crise de boulimie, ne se font pas vomir et ne prennent pas de laxatifs. Le deuxième est le type mixte (anorexie avec crises de boulimie) où les patients jeûnent à certaines périodes, et dans d'autres périodes, ils perdent le contrôle. Ils ingurgitent d'énormes quantités d'aliments qu'ils vomissent ensuite. (Vanderlinden, 2003).

Notre recherche inclut deux parties : l'une théorique et l'autre expérimentale.

Dans la partie théorique et dans un premier temps, nous allons présenter le concept « thérapie cognitive », son développement, ses principes, et ses principales techniques pour aborder ensuite la thérapie de pleine conscience.

Dans un deuxième temps, nous allons aborder la question d'anorexie mentale, ses symptômes et ses aspects psychique et physique. Ensuite, nous verrons les facteurs qui influent l'anorexie mentale et son apparition. Et enfin, nous présenterons certains traitements utilisés par les médecins et les psychologues.

Dans un troisième temps, nous ferons état de recherches conduites pour éprouver l'efficacité de la thérapie cognitive et plus particulièrement de la thérapie de pleine conscience.

Dans la partie pratique, nous commencerons par expliquer l'importance de notre recherche en tant qu'une première recherche, à notre connaissance, sur l'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience dans le cas de l'anorexie mentale. Ensuite, nous présenterons la problématique de la recherche avec les hypothèses mises à l'épreuve, notre méthodologie, les résultats obtenus et leur analyse. Le travail se terminera par une discussion et les perspectives à venir.



## Partie théorique

## **1. La thérapie cognitive**

### **1.1 Approche historique de la définition de la thérapie cognitive :**

Selon Debray (2001), le psychologue américain Kelly(1950), qui est le père fondateur de la psychothérapie cognitive, a trouvé que le monde réel n'existe pour chaque sujet qu'à travers le filtre de sa subjectivité. A la manière d'un scientifique intuitif, l'être humain formule des hypothèses à propos du monde réel dont découlent des anticipations et des prédictions à partir d'un système de catégorisation : construits personnels. Lorsque la construction cognitive chez la personne est insuffisante, ou insuffisamment perfectionnée, il manque une mise à jour et la perception du monde réel devient inadéquate, apparaissent l'angoisse, la dépression et des divers mécanismes psychopathologiques dans la personnalité. C'est là, où le sujet se replie sur des croyances archaïques, des personnalités construites rudimentaires ou dogmatiques, dont résultent les troubles de la personnalité.

Ainsi, l'origine des troubles de la personnalité ne doit pas être cherché à partir des traumatismes du passé, comme dans la psychanalyse, ni même dans les stimuli extérieurs actuels, comme chez les comportementalistes, mais dans l'interaction entre les concepts personnalisés et la réalité.

Debray (2001), a adapté la vision d'Ellis (1957,1958) en considérant les êtres humains comme "des constructions à part entière" : Ils organisent leur perception du monde à partir de leurs jugements dont ils souffrent plus que des événements eux-mêmes. Ces jugements prennent la forme de croyances illogiques ou irrationnelles. Dans ce sens, Ellis (1957, 1958) adopte chez Horney (1885-1952), psychanalyste allemande, le concept de "must" et de "should", d' "obligation" qui représentent des sortes d'injonctions internes, formulées comme des devoirs

absolus chez le sujet. Il est, le premier qui a mis l'accent sur le pouvoir déprimant des croyances irrationnelles et sur l'importance du discours intérieur comme source de perturbations émotionnelles. (Debry, 2001)

Selon la théorie de la thérapie rationnelle – émotive présenté d'Ellis : les hommes ne sont pas émus par les événements mais par la perception subjective et irrationnelle qu'ils en ont. Elle a construit le système de "ABCDE" qui interprète les distorsions cognitives par étapes.

**A** : activation des croyances par un événement : tout d'abord : isoler les activités ou les situations qui déclenchent le système de croyances.

**B** : système de croyances irrationnelles.

**C** : conséquences comportementale et cognitives : ces systèmes de croyances irrationnelles constituent les réponses internes aux événements et donnent lieu à des pensées, des sentiments, et des comportements défaitistes.

**D** : Modification des croyances : Le thérapeute aide le patient à corriger son système de croyances irrationnel.

**E** : Le résultat est la mise en place d'une conception d'un mode plus rationnel.

Les idées qu'on adopte ou qu'on développe à propos des événements, causent les émotions qui, à leur tour, développent les comportements.

Donc, ce qui trouble les être humains (émotions négatives et d'autres conséquences, C), ce ne sont pas les événements (A), mais ce sont les jugements (B) qu'ils portent sur ces événements.

La théorie de la thérapie rationnelle –émotive détermine dix croyances irrationnelles principales qui sont des obligations morales excessives chez les sujets présentant des troubles névrotiques :

- Croyances de premier ordre

1. Vous devez être aimé et approuvé en tout et toujours par tout le monde.
2. Vous devez avoir du talent et être capable de réussir dans quelque chose d'important.
3. La vie est une catastrophe si les choses ne vont pas comme vous le voulez.

- Croyances de second ordre

1. Ceux qui vous font du mal sont mauvais et doivent être blâmés.
2. Si quelque chose est menaçant, vous devez en être préoccupé et bouleversé.
3. Vous devez trouver des solutions qui rendent la vie meilleure.
4. La misère intérieure et émotionnelle vient des pressions extérieures et vous avez peu de possibilité de contrôler vos sentiments et de vous débarrasser de la dépression et de l'hostilité.
5. Il est plus aisé d'éviter d'affronter les difficultés de l'existence que d'entreprendre des activités plus fructueuses de maîtrise de soi.
6. Le moi, a une importance capitale et, parce que quelque chose a influencé autrefois votre vie, il doit continuer à gouverner vos sentiments et votre comportement actuel.

7. Vous pouvez atteindre le bonheur par l'inertie, l'inactivité ou en vous faisant plaisir passivement et sans vous engager personnellement.

Les croyances de premier ordre sont les croyances irrationnelles les plus fréquentes, et surtout les plus générales tandis que, les croyances de second ordre sont des croyances simples variantes des trois premières (les croyances du premier ordre). (Cottraux, 2004).

Dans les années 50, Rogers a établi : "la thérapie centrée sur le client" où la relation thérapeutique prend une importance exceptionnelle et a été considérée l'un des facteurs le plus essentiel dans la guérison. Cette relation doit être basée sur le regard positif du thérapeute vers le patient et de l'accepter inconditionnellement. Le rôle du thérapeute se résume à aider le patient, qu'il appelle client, à entendre sa propre voix interne tout en libérant sa motivation pour l'autonomie, sa compétence, et sa relation avec les autres. Le thérapeute aide le patient à s'éloigner des mécanismes de défense qui caractérisent la pathologie, bien sûr, tout en pratiquant l'écoute active dans une ambiance de compréhension et d'acceptation. (Mehran, 2010)

A partir des années 60, une nouvelle thérapie de la dépression a été proposée par Beck. Son étape scientifique est réalisée dans les années 70 par des études comparant la thérapie cognitive aux antidépresseurs.

Debry (2001) décrit comment Beck (60) établit son travail. Il a utilisé le terme "psychothérapie cognitive" après avoir eu connaissance des thèses de Kelley (1931) et constater la convergence avec ses propres idées, en adoptant les principaux cadres conceptuels pour formuler sa propre théorie. Mais il abandonna rapidement la notion de construits pour le terme de "schémas" et commença étudier les troubles de l'humeur pour les quelles il établira des échelles d'évaluation: BDI (Beck Depression Inventory).

Beck a considéré les cognitions comme des processus mentaux de traitement de l'information qui prennent la forme de monologues intérieurs répétitifs. L'étape perceptive est constituée par une séquence d'événements cognitifs comportant plusieurs niveaux :

1. Les pensées volontaires, qui sont séquentielles et lentes, directement accessibles à la prise de connaissance.
2. Les pensées automatiques (involontaires), situées en périphérie du champ de la conscience, accessibles à condition d'un effort d'attention (niveau superficiel). Elles sont des événements cognitifs répétitifs et incoercibles qui occupent l'arrière-plan du champ de la conscience de manière sévère au cours des troubles dépressifs anxieux et de la personnalité. Contrairement aux pensées volontaires, les pensées automatique, sont parallèles et rapides et accessibles par des processus thérapeutiques.
3. Les pensées dysfonctionnelles (niveaux intermédiaire): qui sont des jugements conditionnels qui adoptent la forme "si je ....alors" (Debray, 2001)
4. Les schémas (niveau profond) : Ce terme signifie "l'ensemble des croyances et des convictions intimes que l'individu entretient sur lui-même et sur le monde" (Mirabel, 2005, P76). Ils représentent des règles de vie dont le point de départ apparait légitime (besoin d'être aimé, désir d'approbation.etc), mais la souffrance psychopathologique résulte, plus tard, de l'application rigide et complexe de ces règles. Les schémas commencent à se construire depuis l'enfance à travers les expériences quotidiennes. Ils retentissent dans le mémoire à long terme pour qu'ils se réactivent en face de certains\_stimuli. Ainsi, une fois que l'individu se trouve en

face de certains événements, les schémas se réactivent pour les interpréter, en filtrant et en déformant les informations entrantes, pour donner des interprétations erronées des situations présentes. Ils sont l'aboutissement inéluctable des séquences des pensées automatiques et dysfonctionnelles qui représentent le concept-clé de la psychothérapie cognitive.

Ainsi, les schémas s'organisent dans deux grands types : les schémas cognitifs centraux qui prennent la forme d'une généralisation : " je ne peux jamais être aimé", "je suis toujours nul". Et les schémas secondaires qui prennent la forme : "si ...alors". (Mirabel, 2005).

Les schémas sont, comme les pensées dysfonctionnelles, habituellement latents, cachés et n'accèdent à la pleine conscience qu'à l'occasion d'une expérience émotionnelle. Ils se réfèrent aux expériences précoces du sujet, aux traumatismes psychoaffectifs et culturels. Renforcés par les monologues intérieurs répétitifs qui les impriment de manière indélébile dans la mémoire à long terme, les schémas se fortifient encore par des expériences quotidiennes qui apportent, constamment, des confirmations aux mêmes préjugés. (Debray, 2001)

Ainsi, les schémas sont l'ensemble des expériences, des idées, des croyances et des informations qui se constituent depuis l'enfance à travers des expériences traumatisant émotionnellement. Par le contact et l'interaction entre l'enfant et son environnement les schémas deviennent de plus en plus riches, forts, dysfonctionnels et irréels. Ils ne pourraient pas être changés mais remplacés par des autres alternatives plus réelles et moins personnelles.

Pour arriver aux systèmes ou schémas profonds et les remplacer par d'autres schémas alternatifs, on utilise des techniques de restructuration cognitives.

"Le premier but de cette restructuration est de retrouver ces pensées, qu'en cas de problèmes nous nommerons pensées dysfonctionnelles, afin de pouvoir les modifier". (Rusinek, 2006 p 2).

Plusieurs techniques peuvent être utilisées pour atteindre ce but, ou plutôt pour atteindre une étape première dans la prise de conscience par le patient lui-même de ses pensées dysfonctionnelles, comme la technique de questionnement socratique, repérer les idées irrationnelles par la colonne de Beck, la technique de flèche descendante, etc.....

Selon Cottraux (2006), le modèle cognitif des troubles psychologiques se résume en douze propositions :

1. Les schémas représentent des interprétations personnelles de la réalité.
2. Les schémas influent sur les stratégies individuelles d'adaptation.
3. Ils représentent une interaction entre les comportements, les émotions, l'attention et la mémoire.
4. Ils ont une spécificité de contenu.
5. Ils correspondent à des patrons émotionnels, attentionnel, et comportementaux. Ils se manifestent par des distorsions cognitives et des biais spécifiques à chacun des grands types psychopathologiques : en clair, des préjugés sur soi ou des attitudes ou des croyances irrationnelles.
6. Ils se traduisent par une vulnérabilité cognitive individuelle.



7. Chaque trouble psychopathologique résulte d'interprétations inadaptées concernant soi-même, l'environnement actuel et le futur. Il existe donc des schémas spécifiques. Par exemple : schémas d'interprétation négative des événements (dépression), schémas de danger (phobie, attaques de panique), etc.....
8. Ces schémas se traduisent par une attention sélective vis à vis des événements qui les confirment : Ils représentent donc une prédiction qui se réalise.
9. Les schémas pathologiques sont des structures adaptatives sélectionnées par un environnement.
10. Ils sont donc reliés aux structures neurobiologiques, gérant la fois les émotions et les croyances, sélectionnées par l'évolution naturelle.
11. La meilleure façon de s'accorder aux schémas est d'activer les émotions : "L'émotion est la voie royale vers la cognition".
12. Ces schémas peuvent être à la base de la personnalité, en particulier les schémas précocement acquis. (Cottraux, 2006, P53).

Ainsi, selon ce modèle, il existe, chez les hommes, des programmes de processus cognitifs, affectifs et motivationnels qui déterminent nos réactions automatiques face des événements quotidiens.

Le schéma dans un sens large est un terme utilisé pour dénoter les croyances, les attitudes fondamentales de conduite. Le contenu du schéma peut avoir trait à ce que l'on sait sur nous-mêmes et les autres ou à des objets concrets. Les schémas peuvent être généraux ou restreints, flexibles ou rigides, actifs ou latents.

Par exemple les anorexiques cherchent à être aimés, acceptés ou même adorés par les autres (quel qu'il soit). Ils focalisent leurs attention sur leurs corps qui doit être parfait selon les critères des autres, c'est -à- dire, les critères connus et précis dans le monde de la beauté dans leurs entourages : la minceur avec la fermeté, la légèreté, etc.... Et même quand ils sont arrivés à leur buts (être mince pour être aimé et admiré par des autres), ils vont plus loin, ils veulent élargir le cercle de leurs "adorateurs" et arriver au corps idéal. Pour arriver à atteindre ce corps idéal, l'anorexique développe des types de comportements inadaptés et dysfonctionnels qui favorisent les symptômes pathologiques.

Les schémas chez l'anorexique, comme dans toutes les pathologies, sont stricts et déformés. Ils incluent des concepts irréels sur leur corps, leur entourage et aussi leur futur.

Plus tard, dans les années 60 une nouvelle conception de schémas et leur rôle dans les pathologies a été proposé. L'accent dans la nouvelle orientation était sur "les schémas organisateurs des troubles pathologiques de la personnalité." (Mirabel, 2005, P79). Ainsi chaque type de personnalité se caractérise par des stratégies mises en place au cours du développement des syndromes. Les troubles de la personnalité, dans ce sens, sont expliqués par des constrictions héritées des schémas cognitifs qui rendent le patient fragile et vulnérable en face d'un événement. Le contenu de schémas n'est pas suffisant pour expliquer les manifestations cliniques fort différentes. Ce sont davantage les stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales qui sont incriminées et qui expliqueraient la diversité des manifestations psychologiques.

Dans ce sens, quelqu'un avec une personnalité narcissique va développer un comportement complexe et inadapté, selon ses schémas cognitifs déformés, qui vont servir à satisfaire le besoin biologique primitif d'être aimé ou apprécié par les autres.

Mirabel (2005), présente huit principaux types de schémas, qui ont été précisé par Beck et Freeman (1990), associés aux grandes formes de troubles pathologiques de la personnalité décrits dans la classification américaine des troubles mentaux.

<b>Trouble</b>	<b>Stratégies</b>	<b>Schémas</b>
Paranoïaque	Etre sur ses gardes	Les gens sont des adversaires potentiels
Schizoïde	Isolement	J'ai besoin de beaucoup d'espace
Schizotypique	Excentricité méfiance	Les choses ne sont pas ce qu'elles semblent être
Antisocial	Attaque	Les gens sont là pour être dupés.
Borderline	Impulsivité	Je ne peux pas me contrôler.
Histrionique	Théâtralisme	Je dois faire impression.
Narcissique	Inflation de soi	Je suis exceptionnel.
Evitant	Evitement	Je pourrais être blessé.
Dépendant	Attachement	Je ne peux rien faire seul.
Obsessif-compulsif	Perfectionniste	Les erreurs sont catastrophiques.

(Mirabel, 2005, p84, 85).

En 1977, Bandura a présenté sa théorie qui dit que tout changement de comportement implique un changement cognitif. Pour changer les cognitions il faut agir sur le comportement. Il a utilisé le concept d'"efficacité personnelle perçue" pour illustrer le rôle actif du sujet dans le changement cognitif et comportemental. Une série d'expériences, faites par Bandura (1977), a montré que pour amener le sujet à l'efficacité personnelle perçue la plus adéquate, le thérapeute peut agir par des procédures diverses : (Fontaine, 2007)

1. Corriger les distorsions par l'action.
2. Corriger les distorsions par l'observation cognitive.
3. Corriger les distorsions par restructuration cognitive.
4. Corriger les distorsions par une réduction de l'activation émotionnelle.

Avec Hayes (1996), une nouvelle orientation est entrée dans le domaine des thérapies cognitives qu'il a appelé la stratégie contextuelle et expérientielle.

Dans cette stratégie, le psychothérapeute cherche à construire, avec le sujet, des répertoires larges, flexibles et efficaces pour éliminer des comportements - problèmes. Hayes (1996) a parlé de la thérapie d'acceptation et d'engagement, et la thérapie de pleine conscience.

La thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT) se fonde sur l'idée que de nombreuses formes des psychopathologies sont des troubles liés à des "évitements expérientiels". Ces derniers surviennent lorsque le sujet tente de fuir le contact avec des expériences privées non désirées et essaye de modifier la forme ou la fréquence de ces événements, ou bien, les circonstances liées à ces expériences. (Fontaine, 2007).

Dans la thérapie d'acceptation, les sujets sont invités à changer leurs façons de penser ; par exemple, le sujet dit : "j'ai la pensée que je suis une mauvaise personne" plutôt que "je suis une mauvaise personne". Il s'agit, donc, de ne plus essayer de contrôler les pensées et les sentiments mais, de les observer sans jugement, de les accepter tels qu'ils sont. Le rôle de psychothérapeute dans cette thérapie est de montrer au patient qu'il est normal et efficace d'éviter des situations aversives dans le monde extérieur, mais ceci n'est, dans la plupart des cas, pas possible dans le monde interne.

Donc, le concept principal de (ACT) c'est : on arrive à éviter ce qui nous fait souffrir, nos pensées qui déclenchent cette souffrance, sont elles-mêmes capables d'éviter cette souffrance et aller vers des buts plus essentiels.

Pour arriver à séparer le "moi" de ces événement privés, il faut amener le sujet à considérer que ces pensées et sentiments négatifs ne sont pas "lui- même" mais seulement en lui. Il s'agit d'accepter ces pensées, ces souvenirs, ces émotions non désirées dans la mesure de permettre au sujet de s'intéresser et de s'engager dans des répertoires comportementaux qui véhiculent ses propres valeurs de vie.

L'acceptation est une alternative à l'évitement. Aider le patient à identifier ses valeurs existentielles (accepté, adapté, activé, etc....) et se comporter en accord avec celles-ci, même en face d'obstacles émotionnels. (Fontaine, 2007). Une fois que le sujet identifie ses valeurs générales, l'engagement dans la thérapie consiste à chercher avec lui les objectifs spécifiques qu'il souhaite atteindre. Réunir les valeurs et s'engager dans leur réalisation, est ce qui rend l'acceptation différente d'une simple immersion émotionnelle. La thérapie d'acceptation et

d'engagement amène le patient à apprendre à vivre avec ce qu'il ressent et ce qu'il pense en arrêtant la lutte contre la souffrance, et avancer dans la vie vers ce qui est plus important.

Par contre dans la thérapie de pleine conscience, on ne cherche pas à éviter ou atteindre des buts. Elle vise à fixer l'attention sur des expériences internes (pensées, émotions, sensations corporelle, imagerie mentale) ou externes (situation), et les surveille dans le moment présent, sans aucune forme de jugement ou d'évaluation. (Fontaine, 2007). Cette thérapie, que nous allons aborder dans cette recherche, a été considérée comme une nouvelle vague de la thérapie comportemental cognitive, qui insiste sur le rôle des émotions et de la régularisation dans la thérapie psychologique.

Récemment, la thérapie cognitive a été bien expliquée par Cottraux (2001, 2006, 2008). Il trouve que cette thérapie est basée sur la théorie cognitive qui propose que les problèmes psychologiques, sont liés à des erreurs ou des biais dans la façon de penser.

Selon lui, "la thérapie cognitive c'est la thérapie qui est appliquée aux évaluations défectueuses des problèmes, aux raisonnements fondés sur de fausses prémisses et aux conclusions erronées et infructueuses" (Cottraux, 2008, P62)

Il présente les éléments qui caractérisent ce type de thérapie :

- C'est une thérapie à court terme, de 15 à 22 séances, sur une période de trois ou quatre mois.
- Chaque séance dure une heure, et elle est très structurée pour faciliter un emploi du temps à la fois efficace et économique.

- Le style de séance est collaboratif, le thérapeute et le patient travaillent ensemble pour définir et pour résoudre les problèmes.
- Le thérapeute prend un rôle actif, directif et didactique. Son rôle typique est de faciliter la définition et la résolution des problèmes par des questions inductives.
- La méthodologie est expérimentale dans le sens où il y a un recueil des données, des hypothèses de travail formulées par le patient et le thérapeute, des tests pour vérifier différentes méthodes de modification, et des résultats.
- La thérapie est centrée sur l'"ici et maintenant", en ce sens que le travail se fait sur les problèmes actuels. Le passé est considéré juste pour mieux comprendre l'évolution d'une attitude ou pour illustrer la façon habituelle du patient à confronter certaines situations, mais la focalisation principale est sur le comportement présent.
- Le thérapeute n'utilise pas les concepts hypothétiques de la psychanalyse pour expliquer le comportement du patient. Ainsi, au lieu de régression ou de fixation, les comportements dysfonctionnels sont attribués à l'apprentissage, à des perceptions et à des interprétations erronées, et le travail cognitif a pour but un réapprentissage.
- La principale méthode thérapeutique, dite socratique, est de poser une série de questions aptes à amener le patient à modifier ses opinions ou percevoir d'autres alternatives. (Cottraux, 2008).

Pour résumer, la thérapie cognitive, est une thérapie qui cible des buts :

- Le patient prend conscience de ses pensées automatiques négatives.

- Le patient apprend à connaître le rapport entre ces pensées, ses émotions et ses comportements.
- Le patient examine ses pensées et sa validité en cherchant des alternatives par identifier et modifier les schémas dysfonctionnels.

## **1.2 Les principes de la thérapie cognitive :**

### **1.2.1 L'alliance thérapeutique**

L'alliance thérapeutique est considérée comme la clef, dans la relation patient- thérapeute. Quelque fois la thérapie n'atteint pas ses buts, et le patient considère les séances comme une façon de perdre le temps, et la thérapie ne sert à rien. Dans la plupart de ces cas, la relation thérapeute - patient n'est pas bien installée et le thérapeute n'a pas pris le temps de construire des liens authentiques et affectifs entre lui et le patient.

Donc, l'alliance thérapeutique est un contrat entre le patient et le psychothérapeute, basé sur l'acceptation inconditionnelle du patient tel qu'il est, et sur la compréhension totale de ce qu'il vit, sans jugement et sans critiques.

Pour que le thérapeute soit capable de construire une base de confiance avec le patient, il faut qu'il soit qualifié au niveau professionnel.

Dans ce sens, on parle de deux facettes de l'alliance thérapeutique :

- La dimension professionnelle : il est important que le patient sache rapidement qu'il s'adresse à quelqu'un d'expert, de qualifié, et qui est capable de lui apporter l'aide dont il a besoin. Il est aussi important que le patient ait des idées précises de ce qu'il peut attendre de la thérapie. Avec cette dimension, la résistance et la méfiance chez le patient



diminuent, ce qui lui permet de focaliser son attention sur la thérapie plutôt que sur le thérapeute. La compétence du thérapeute dans cet aspect, inclue :

- Savoir recueillir les informations utiles et nécessaires.
  - Savoir organiser ces informations dans un modèle opératoire (analyse fonctionnelle).
  - Savoir appliquer des techniques thérapeutiques qui conviennent aux buts.
  - Savoir évaluer l'impact de la thérapie à court, moyen, et long terme.
- La dimension affective : Le mot affectif inclue l'empathique, l'authenticité et le chaleureux.
    - Une relation empathique : La relation empathique consiste, pour le thérapeute, à percevoir puis à restituer au patient ce qu'il a compris de la réalité qu'il vit. Le thérapeute, donc, arrive à comprendre les problèmes de son patient, les manières dont il organise ses relations (familiale, professionnelles) et son éventuelle susceptibilité, anxiété, etc.... ou bien, au contraire, son insouciance à la thérapie.
    - Une relation authentique : pour le thérapeute, être authentique c'est se sentir à l'aise avec le patient, avec la réalité qu'il vit. C'est aussi, la capacité d'être à l'aise avec ses propres émotions, sentiments et pensées, y compris avec son malaise. Le thérapeute souvent est confronté à une situation contradictoire avec ses propres pensées, et même avec sa personnalité en général ; mais, il faut bien savoir neutraliser son propre avis et ses attitudes personnelles.

- Une relation chaleureuse : l'être humain a besoin de vivre avec les autres, d'être accepté et compris par eux. Le psychothérapeute doit travailler pour construire cette relation sympathique et chaleureuse avec le patient sans traverser, bien sur, les liens professionnels. Il faut que le patient sente qu'il s'intègre dans une relation humaine, qui a été construite pour lui, pour l'aider à affronter son problème. (Cungi, 2006).

Il semble que l'établissement d'une alliance thérapeutique composant les deux facettes, est une tâche facile ou bien, une étape supplémentaire. Ce n'est pas du tout le cas, surtout avec un patient "difficile" qui refuse le traitement ou l'hospitalisation. Il peut aller même plus loin que ça, en manipulant le thérapeute ou même le cadre médical.

Pour R. Barrett, "le patient manipulateur est celui qui montre une résistance active et consciente au pouvoir professionnel"(Darmon, 2003, p. 310). Il essaye d'obtenir des avantages, psychiques ou physiques dans le milieu familial et médical.

En plus, on trouve des patients qui utilisent la technique : "tester le cadre" ou "faire un esclandre", comme, par exemple, menacer de se faire mal ou de se suicider, etc. Tout ceci dans le but de torpiller tous les efforts professionnels pour la prise en charge de la maladie. Strauss a mentionné "le passage à l'acte comme un terme technique qui masque des jugements moraux portés sur des patients qui enfreignent les règles du comportement conventionné". Ils considèrent que "si les patients ne commettent pas de passage à l'acte, il y a de fortes chances pour qu'ils soient des "manipulateurs", se montrent "provocateurs ou qu'ils testent le cadre" (Strauss 1998, p291). Dans ce cas, il est tout à fait nécessaire de travailler pour affronter la résistance du malade, avant qu'on constitue une alliance thérapeutique efficace et utile.

Nous verrons un tel exemple dans notre recherche. La réussite de la thérapie sur cette patiente va dépendre de l'étape la plus importante : affronter sa résistance, et gagner la confiance de la patiente avant l'établissant d'une alliance thérapeutique basée sur l'empathie et l'acceptation inconditionnelle de celle-ci, sans la juger ni la critiquer.

En revanche, établir une relation proche authentique avec le patient, ne veut jamais dire établir une relation personnelle ou une relation sans limite professionnelle. Le thérapeute doit toujours et dans toutes les circonstances, respecter son patient, ses croyances, ses attitudes et ses attentes de la thérapie dans un cadre professionnel. Il faut qu'il soit prudent pour ne pas tomber dans le piège de l'émotion personnelle, ni de son côté, ni du côté du patient. Certains pensent que quelques liens personnels avec le patient, sont des garantis pour une relation thérapeutique durable et efficace mais, ce n'est jamais le cas. Plus la relation est personnelle, plus la confiance baisse et l'anxiété et l'obscurité augmente, en conséquence la thérapie échoue.

Pour bien établir la relation thérapeutique Cungi (2006) a proposé la méthode de 4R, qui se compose de quatre techniques :

1. Recontextualiser : consiste à remettre le patient dans le contexte. Les patients évoquent souvent les problèmes de manière générale et peu spécifique. Il faut, donc, que le psychothérapeute remette le patient dans le contexte. L'exemple suivant illustre la pratique de cette technique :

Exemple

La patiente : J'en ai marre. (Il n'a pas précisé de quoi il en a marre.)

*Le thérapeute : De quoi en avez-vous vous le plus marre ?*

*La patiente : De mon mari qui ne me respecte plus.*

*Le thérapeute : que voulez vous dire par les mots "me respecter"? ...avez-vous des exemples ?*

Ici, la patiente a tendance de parler en général, en terme large sans préciser ; le rôle du thérapeute est d'aider la patiente à recontextualiser son discours par ses propres mots, pour qu'il arrive à déterminer le problème.

2. Reformuler : Il ya trois type de reformulation :

- ❖ La répétition : Il s'agit de reprendre mot à mot et le plus exactement possible ce que dit le patient. Par cette répétition de la part du thérapeute, le patient écoute ce qu'il vient de dire, ce qui focalise son attention sur ce qu'il a vécu comme problème.
- ❖ La précision des termes : cette précision aide le patient qui "manque de mots" ou qui a du mal à verbaliser ce qu'il ressent ou souhaite dire. Elle aide le patient à définir sa pensée et ses émotions pour bien exprimer son expérience.
- ❖ Faire les hypothèses sur le problème du patient : après avoir exprimé et précisé le problème, la thérapeute aide le patient à faire des hypothèses, en essayant de comprendre le problème cible et ses liens avec l'entourage du patient. Le thérapeute doit ensuite, vérifier si le patient partage les hypothèses proposées avant d'en adapter une parmi celles-ci. Un exemple sur l'application de cette technique :
- ❖ Exemple

Le patient : Je ne supporte plus ma fille.

Le thérapeute : vous ne supportez plus votre fille. (Reformulation, répétition). Quelles sont les choses que vous ne supportez plus chez votre fille ? (reformulation, précision le terme).

Le patient : Elle ne me raconte pas sa journée, elle ne m'écoute pas...Elle m'ignore toujours.

Le thérapeute : Est-ce qu'elle le fait avec l'intention de vous ignorer ou bien par hasard ? (le psychothérapeute pose une hypothèse).

3. Résumer : l'entretien thérapeutique est toujours chargé par des émotions et des idées plus ou moins importantes pour le problème ciblé ; il est, donc, très important que le thérapeute sache comment sélectionner les informations les plus importantes et les faire résumer. Le thérapeute fait résumer :

- ❖ En début de séance concernant la session précédente.
- ❖ En fin de séance pour faire le point sur ce qui a été traité.
- ❖ Des résumés pour le problème ciblé, pour faire un "état de lieux" de la thérapie.

4. Renforcer : Le renforcement est utilisé par rapport à ce qu'il est souhaitable de développer chez le sujet. Le thérapeute utilise :

- ❖ Le renforcement positif, qui augmente la probabilité du comportement attendu par rapprochement des stimuli agréables.

- ❖ Le renforcement négatif : qui augmente la probabilité d'occurrence d'un comportement par éloignement du stimulus aversifs. Le renforcement est utilisé pour encourager les progressions dans le débat, dans la séance, en faisant les tâches à domicile ou bien dans la thérapie en général.

### **1.2.2 L'analyse fonctionnelle :**

Cette démarche est très essentielle pour le thérapeute ainsi que pour le patient. Elle aide le patient à préciser la situation qui est la plus gênante pour lui, (ou il est le plus mal), et qui lui provoque un malaise. Le but de l'analyse fonctionnelle est de préciser le problème et déterminer les facteurs antécédents, qui déclenchent le comportement inadapté, et les facteurs de maintien, qui le renforcent. L'analyse fonctionnelle éclaire le problème : comment il surgit ? Quant ? Avec qui ? Où ? Qu'est\_ ce qui l'aggrave ? Qu'est\_ ce qui le diminue ? Avec l'analyse fonctionnelle le patient devient plus conscient de son problème, plus actif en participant au traitement, plus confiant en lui-même et à son thérapeute qu'il voit compréhensif.

Il existe plusieurs modèles pour pratiquer l'analyse fonctionnelle. Mais tous ciblent le même but : mettre en évidence le problème de patient.

Nous présentons ci- dessous les principaux modèles :

#### **Grille BASIC\_ IDEA (proposé par Lasarus 1977)**

Ce modèle précise les éléments suivants :

B : Behavior : désigne le comportement et notamment le comportement - problème qui motive la consultation.

A : Affect : Désigne toutes les émotions (colère, tristesse, peur....).

S : Sensations : l'ensemble des réactions physiologiques.

I : Interpersonnel : Examine les relations interpersonnelles du patient avec son entourage (est- il isolé, entouré, rejeté....) et les éventuels facteurs de maintien dans son environnement, les bénéfices secondaires etc.

C : Cognitions : Désigne notamment le discours intérieur du patient, les pensée automatiques.

I : Imagerie : explore les images mentales du patient. Ces images ne sont pas toujours présentées, leur fréquence est très variable d'un patient à l'autre (image d'une injection de cocaïne qui accompagne les symptômes de manque, un verre de bière plein de mousse quand il fait chaud...).

D : Drugs : Désigne les médicaments (traitements de substitution mais aussi antidépresseurs, anxiolytique....).

E : Expectations ou attentes du patient : explore les attentes du patient concernant la thérapie, renseigne sur sa motivation, son investissement à la thérapie et dans une certaine mesure, sur la croyance en sa capacité à changer son sentiment d'efficacité personnelle.

A : Attitude du thérapeute : évalue la croyance du thérapeute en sa propre capacité à aider le patient. Cette donnée peut avoir un impact important qu'il convient de prendre en compte dans la prise en charge. Le thérapeute doit faire en quelque sorte sa propre analyse fonctionnelle lorsqu'il prend en charge le problème de patient et choisir le type d'analyse fonctionnelle dépend à son propre vision au cas clinique ciblé.

### **GRILLE SECA** (créée par Cottraux 1985).

Ce type inclut deux partie à préciser : la partie synchronie et la partie diachronie.

La partie synchronie précise les éléments suivants :

S : Situation : Où le patient se sent le plus mal à l'aise.

E : Emotion : les émotions que le patient ressent au moment de la situation gênante.

C : cognition : les pensées, les idées, les croyances et les images mentales que le patient pense

dans la situation gênante.

A : Anticipation : ce que le patient fait, ou ressent ou bien pense avant que la situation problème se déclenche. En plus, il peut arriver que les événements anticipent la situation gênante.

Cette Grille permet de mettre en évidence le problème cible dans l'analyse synchronique et l'évolution diachronique. Il convient de prendre en compte ces interactions permanentes entre cognitions, émotions et comportements, ainsi que l'importance de la signification personnelle que donne le patient à ses émotions, ses cognitions. (Hassan, 2006).

La figure suivante représente l'analyse fonctionnelle (partie synchronie) selon la grille de SEGA.

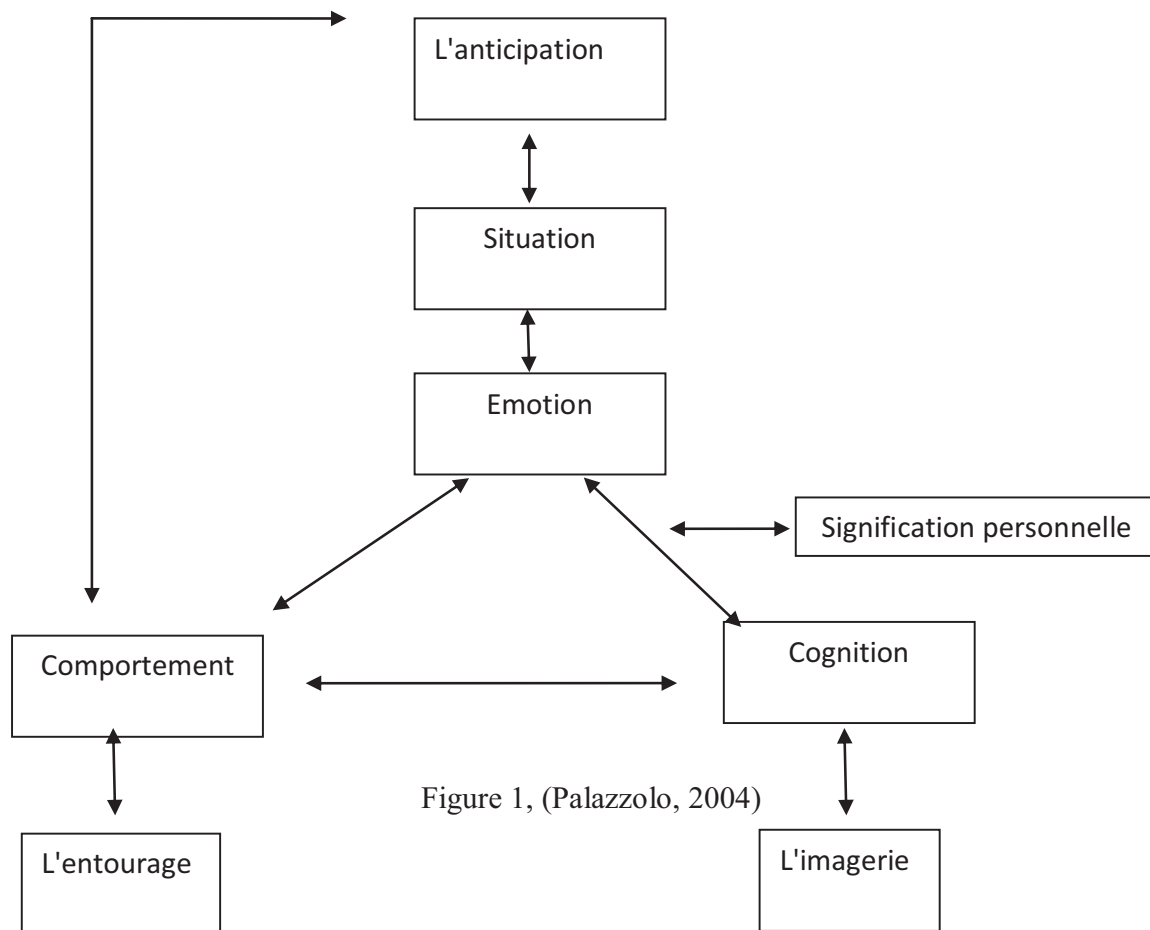


Figure 1, (Palazzolo, 2004)



La partie diachronie précise les éléments suivants :

1. Données structurales possibles : peut être une maladie génétique dans la famille ou une dans la personnalité.
- 5 Facteurs historiques de maintien : ce sont les facteurs qui renforcent le comportement inadapté
- 6 Facteurs déclenchant initiaux invoqués : ce sont les facteurs qui ont induit le problème
- 7 Événements précipitant les troubles : ce sont les événements qui ont amené le patient à consulter le spécialiste.
- 8 Autres problème : (handicape, maladie chronique, problème du couples etc....)
- 9 Traitements précédents.
- 10 Maladies physiques. (Cottraux, 2004)

### **Le cercle vicieux (Cottraux, 2004)**

Cette grille est simple, facile à faire et facile à comprendre par le patient. Cottraux trouve que "l'avantage de cette grille est sa simplicité, et le fait qu'elle peut être mise en œuvre aussi bien par

le patient que par le thérapeute au cours de la thérapie, pour tenter de formaliser le matériel qui apparaît au cours de la thérapie". (Cottraux, 2004, p114).

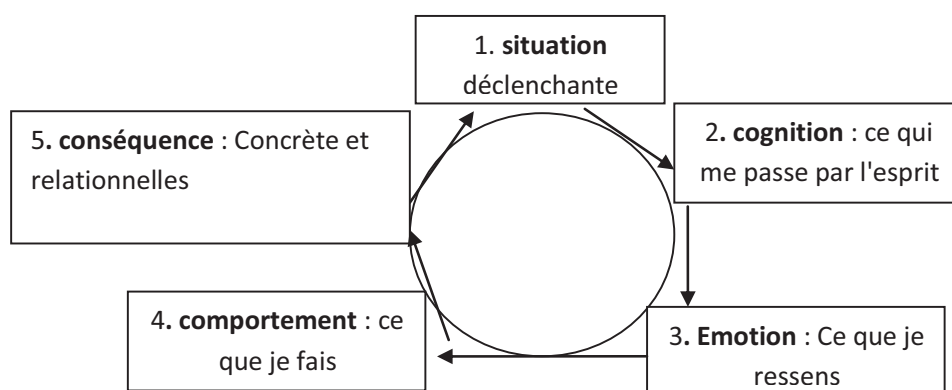


Figure (2) : l'analyse fonctionnelle selon le cercle vicieux

Ce cercle aide le thérapeute et le patient aussi à préciser la situation ou le facteur déclenchant le comportement inadapté, qui invoque certain croyances négatives dysfonctionnelle liées à la situation gênante. Ces croyances provoquent à son tour des émotions négatives et intenses qui amène le patient à se comporter de façon inadapté en causant des conflits dans la vie personnelle et professionnelle. Dans la séance thérapeutique, il faut que le thérapeute explique le mécanisme de ce cercle : plus le patient reste dans ce cercle plus son comportement inadapté ou son problème sont renforcé. Donc il faut casser ce cercle en suivant les techniques de thérapie cognitive.

### 1.2.3. Les techniques de restructuration cognitive :

On ne peut pas parler de la thérapie cognitive sans qu'on parle de ses techniques de restructuration cognitives. Ce n'est seulement par l'analyse fonctionnelle on constitue la thérapie

cognitive mais, il faut choisir les techniques correspondant avec le cas bordé. Voici les techniques principales :

#### **1.2.3.1 Le questionnement socratique :**

Il s'agit de mettre en évidence des contradictions dans la logique du patient, et redresser les erreurs de jugement des disciples, crédules et plein de pensées dysfonctionnelles qui l'entourent.

C'est par cette série de questions que le thérapeute tente de faire émerger les règles cognitives du patient, si difficiles à gérer, pour amener celui-ci à douter de ses logiques erronées, et chercher des alternatives. À travers ces questions, le patient arrive à découvrir que ses idées ou pensées déprimantes ou angoissantes ne sont que des hypothèses ou des anticipations, qu'il faut affronter et changer.

Dans cette technique, l'empathie, le non directivité et le silence positif sont demandés. Ces derniers sont nécessaires pour que le patient n'ait pas l'impression de parler seul. Il n'y aura aucune place dans le discours pour les jugements de valeur ni pour les interprétations abusives. Le patient sera face à ses propres choix.

Le questionnement socratique ne sera jamais envisagé comme une forme de débat, ou comme une occasion d'apporter une quelconque vérité au patient, mais juste comme une méthode d'installer le doute sur les idées absolues. C'est " une manière de réflexion, de lui ouvrir de nouvelles voies pour qu'il y trouve, de lui-même, ses propres alternatives". (Rusinek, 2006, p4)

Généralement, le questionnement socratique est pratiqué en utilisant, en même temps, la méthode des 4R, mais aussi il peut être pratiqué en respectant les principes suivants :

- ❖ Préciser les termes : en utilisant les questions précises : quoi ? Avec qui ? Quand ? Comment ? Qu'est ce que c'est exactement ? Ce type de questions aide le patient à focaliser l'attention sur le problème à traiter.
- ❖ Evaluer les croyances et ses conséquences : Dans le questionnement socratique on demande au patient d'estimer ses croyances sur un objet sur une échelle de 0 à 10 ou 100. Ce qui sert au patient à se trouver moins pris dans ses certitudes et participer activement à l'entretien. Ensuite on demande au patient de discuter les conséquences, de ses croyances ce qui le guide à chercher les alternatives : c'est –à – dire de retrouver une autre croyance plus proches de la réalité. (Gungi, 2006).

En pratiquant le discours socratique, le patient arrive à découvrir sa tendance à déformer la réalité : maximaliser ses pensées, minimiser ses points positifs, généraliser ses expériences négatives et d'autres schémas cognitifs déformés. Selon Guelfi (2005), la pratique du discours socratique permet d'évaluer le degré d'adéquation de la pensée aux éléments de réalité et met au jour le processus cognitif de traitement de l'information mis en œuvre.

#### **1.2.3.2. La colonne de Beck :**

C'est la technique utilisée par Aron Beck (1979) avec les malades déprimés. Elle permet d'examiner et d'enregistrer les pensées automatiques dans une situation précise, en montrant les émotions liées à cette pensée et à cette situation. Cette colonne peut être remplie par le patient pendant la séance, à l'aide du thérapeute, aussi bien qu'après la séance, comme une technique d'auto-enregistrement. Elle permet au patient d'avoir une vision du monde moins monolithique, en examinant ses idées sur un moment précis, et trouver des alternatives moins personnelles, plus réelles, et moins chargées par des émotions négatives.

Principales caractéristiques de la colonne de Beck : (Fontaine, 2007, p 208)

Émotion	Situation	Pensées automatiques

Cette colonne peut être utilisée sous plusieurs formes pour arriver à une détermination détaillée de la situation en gardant toujours les rubriques principales : situation, émotion, pensée.

Situation	Emotion	Pensées automatiques	Pensées rationnelles	Résultats

(Cottraux, 2001, p 76)

L'exemple suivant illustre l'utilisation de cette colonne :

Je téléphone à mon petit ami à la même heure, comme d'habitude, mais il ne me répond pas.

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
J'appelle comme d'habitude,	Tristesse 50% Agressivité 60% Anxiété 70%	Il peut répondre mais il ne le fait pas.	Il n'entend pas son portable. Son portable est en panne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tristesse 20%</li> <li>• Agressivité</li> </ul>

mon petit ami qui ne me répond pas.		Il ne me respecte plus. Il ne m'aime plus. Il veut se séparer. Il a trouvé une autre fille mieux que moi. Il m'a mentit. Il me trompe.	Il a oublié son portable quelque part. Il s'intéresse à moi, si non, il n'aurait jamais donné son numéro. S'il y a quelqu'une dans sa vie il avait qu'à me le dire, car je vais, surement le savoir.	vité 30% • Anxiété 30%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion 60%	Niveau de croyance dans cette pensée automatique : 70%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 30%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 27,5%

Pour aider le patient à remplir cette colonne et trouver des alternatives de pensées (réponse rationnelle), le thérapeute lui apprend à poser des questions du type : « Qu'est-ce que je pourrais penser d'autre ? » « Est ce qu'il y a d'autre possibilité ? », « qu'est ce qui m'amène à avoir ces idées ? ».

Au cours de l'entretien thérapeutique, le thérapeute travaille pour aider le patient à découvrir ses pensées irréelles et négatives qui le dirigent à l'interprétation erronée de la situation, en posant des questions du type : Est-ce que je confonds une pensée avec un fait réel ? Est-ce que ma pensée va être acceptée par les autres comme étant correcte ? Est-ce que je prétends que la façon dont j'entrevois les choses est la seule possible ? Est-ce que je pense en termes de tout ou rien ? Est-ce que j'attends de moi d'être toujours parfait dans tout ce que je fais?...etc.

### **1.2.3.3. La flèche descendante :**

Dans cette technique, on part d'une pensée dysfonctionnelle (consciente) exprimée par le patient, et on fait "comme si c'était vrai", afin de pouvoir descendre le plus profondément possible dans des niveaux cognitifs de plus en plus inconscients jusqu'à ce que l'on puisse accéder aux schémas cognitifs qui sont à l'origine de cette pensée. La question qui aide le patient à passer d'un niveau cognitif à l'autre, est de type : et si cela se passe, quelles seront les conséquences ?

L'exemple suivant illustre cette technique.

*(P) : je n'aime pas être heureuse. J'ai peur de l'être, il faut que je souffre.*

*(T) : et si vous ne souffrez pas qu'est ce qui peut arriver.*

*(P) : « je ne veux pas être heureuse ».*

*(T) : Et si vous vous sentiez heureuse. Qu'est cela signifiera pour vous ?*

*(P) : cela signifiera que je m'améliore.*

*(T) : et si vous vous améliorez, qu'est ce que cela veut dire pour vous ?*

*(P) : cela veut dire que je suis mon contrat correctement, et que si je continue comme ça je vais bientôt sortir de la clinique.*

*(T) : en cas de sortir de la clinique, où est le problème ?*

*(P) : à la clinique, tout le monde m'aime, me respecte mais dehors...*

*(T) : si vous sortez dehors ?*

*(P) : je me trouverai seule, mes parents ne s'intéressent pas à moi, mon frère et ma sœur sont toujours occupés, ma famille "se fout de moi". Je n'existe pas pour ma famille.*

Ici, le postulat (schéma cognitif déformé) chez le patient est : qu'elle ne représente rien pour sa famille. Cette idée existante dans l'inconscient a provoqué, au début, une résistance chez la patiente à la thérapie instaurée pendant l'hospitalisation, où elle a trouvé le sentiment d'acceptation et de respect. Cette technique de flèche descendante est pratiquée, si nécessaire, associée à la méthode des 4R, et aussi au questionnement socratique.

#### **1.2.3.4 La technique : pour/contre (Cottraux, 2001)**

Dans cette technique le thérapeute demande au patient de faire deux colons et : pour /contre et classer ses arguments qui sont pour ses croyances dysfonctionnelles et les arguments qui les réfutent. Elle permet au patient d'examiner de façon contradictoire les arguments pour et contre certains postulats (pensées automatiques) pour se mettre plus tard à les changer.

L'exemple suivant illustre cette technique.

Postulat (pensée automatique)	Pour	Contre



Je suis nul dans tout ce que je fais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mon marie m'a quitté et on a divorcé, je n'ai pas réussi à protéger notre engagement.</li> <li>• J'ai perdu ma meilleure amie pour des raisons nulles.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ma fille est bien avec moi et je fais bien attention à elle.</li> <li>• J'ai réussi dans le régime posé par mon médecin traitant, ma santé va mieux.</li> <li>• Mon travail est bien.</li> </ul>
--------------------------------------	--	---

### 1.2.3.5 La technique avantage/désavantage (Cottraux, 2001).

Dans cette technique le thérapeute demande au patient de faire deux colonnes : avantage / désavantage, et classer les avantages et les désavantages en tant que des résultats de ses pensées automatique. Ressemblant à la technique précédente, elle aide le patient à mettre en balance ses croyances en cotant les avantage ou désavantages liées à certaines idées. Le thérapeute doit aider le patient, par le questionnement socratique et par des informations données, à trouver tous les arguments possibles. Les différences entre la technique pour / contre et celle d'avantage /désavantage, c'est que la première s'intéresse au causes, tandis que, la deuxième s'intéresse aux résultats. L'exemple suivant illustre cette technique:

Pensées automatique	Avantage	Désavantage

Il faut éviter aller au club du sport.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de crise de panique</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pas de sport ce que rend les muscles du corps faible dans le moyen et long terme.</li> <li>• Renforcer le cercle de panique.</li> <li>• Amener à éviter d'autres endroits liés.</li> </ul>
--	---	---

### 1.3 Définition de la thérapie cognitive de pleine conscience :

L'apparition des techniques de pleine conscience représente une troisième vague dans la thérapie comportementale et cognitive après la vague comportementale des années 60, et la vague cognitives des années 80. Cette troisième vague concerne la régulation des émotions notamment dans les troubles anxieux et dépressifs. (Feldmann, 2004). Ce type de thérapie utilise à la fois les techniques cognitives, de la thérapie cognitive, et la technique de concentration (La pleine conscience). Elle représente une nouvelle orientation dans la thérapie centrée sur l'individu qui prend conscience de ses expériences actuelles, et focalise l'attention sur ses idées, émotions, et sensations corporelles, qui surviennent au moment présent avec ces expériences. Cette thérapie cherche à aider les patients à sortir du cercle vicieux de leurs pensées déformées qui produisent des comportements stricts et inadaptés.

Elle vise à rendre les patients conscients de leurs sentiments, leurs sensations corporelles, leurs besoins et leurs impulsions émotionnelles, pour arriver à les comprendre, les accepter et finalement les exprimer par des comportements adaptés. Cette thérapie cherche à entraîner le patient dans les processus thérapeutiques, en lui faisant comprendre que ce sont ses pensées irrationnelles ou dysfonctionnelles, qui sont à l'origine de son problème. Ainsi, s'il arrive à connaître ses pensées, et les accepter telles qu'elles sont, en évitant de perdre du temps à lutter contre ce qui est en train de se passer dans l'esprit, ces pensées seront à l'origine de la guérison

Ce type de thérapie ne se limite pas à une simple fixation de l'attention sur une expérience, mais aussi à l'observation des nombreuses facettes de cette expérience avec ses effets négatifs ou positifs sur le corps et sur l'esprit, tout en restant sans être jugée par le sujet. Dans ce sens la pleine conscience a un effet global sur la personnalité. Elle n'est pas seulement un outil de soin, mais aussi une manière durable de modifier le rapport vis-à-vis de soi et du monde, une manière de se changer et de changer l'entourage. (Hayes, 2004).

Kabat- Zinn (2003) a défini la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience comme un "état de conscience qui résulte du fait de porter son attention intentionnellement, sur l'expérience qui se déploie au moment présent, sans la juger" (Cottraux, 2007, P 68).

Selon Fontaine (2007), ce type de thérapie est basé sur la technique d'autorégulation, où le patient fixe son attention sur des expériences internes et externes qui se déroulent dans le moment présent, sans aucune forme de jugement ou d'évaluation.

Cottraux (2007) trouve que la pleine conscience est un état de conscience qui résulte d'une action volontaire : le fait de, volontairement, maintenir son attention sur un élément donné. Donc, l'individu est invité à focaliser toute son attention sur les données de son expérience directe. Cette

expérience peut être les pensées et les images mentales qui surgissent spontanément dans le champ de conscience.

La concentration, dans ce type de thérapie, est un concept fondamental dans le cadre du traitement. Pour pratiquer la pleine conscience, il faut que le patient focalise son attention sur une expérience, n'importe laquelle, en remarquant ce qui est en train de se passer dans l'esprit à ce moment, sans donner des jugements influencés par ses idées préconçues à propos de cette expérience.

Dans ce sens, dans la thérapie de la pleine conscience, la centration sur l'expérience présente ne suffit pas. Il faut en plus le faire, dans un certain état d'esprit, en entretenant une certaine attitude : l'attitude de ne pas juger. Cette attitude implique le fait d'accueillir toutes les facettes de l'expérience présente, qu'elles semblent agréables ou désagréables, et de les explorer avec la même curiosité bienveillante.

Cottraux(2007), considère la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience (MBCT) comme l'adaptation du programme (MBSR) qui est ,en fait, un programme de prévention de la rechute dépressive, développé par Kabat-Zinn (1986), dans un contexte hospitalier, initialement, pour aider des patient souffrants de douleurs chroniques et de trouble liés au stress. Il est structuré en huit séances hebdomadaires, appliqué en groupe de 20 0 30 personnes. Les séances durent entre 2h et 2h 30, à l'exception de la sixième séance qui consiste en une journée entière d'exercices. Mais Cottraux (2007) ne considère pas le programme de (MBCT) comme une psychothérapie, mais plutôt comme une approche de développement personnel, centrée sur la capacité humaine de gérer les émotions difficiles.

Il faut bien distinguer entre la relaxation qui amène le corps à la décontraction psychique et physique, de la pleine conscience qui a pour but à prendre conscience le plus pleinement possible de ce qui se passe dans notre esprit.

Ainsi, chacun parmi nous, a ses jugements anticipés sur telle ou telles situations qui l'amènent à régir automatiquement en face d'elles. Cette réaction automatique fait que le sujet classe la situation dans une certaine catégorie jugée et stockée dans une construction cognitive. Avec la pleine conscience on ne nous laisse pas se guider par des jugements précédents ou des souvenirs négatifs. Le but de cette thérapie est de ne pas nous laisser emporter par ces jugements, de ne pas laisser gouverner notre attention.

L'importance de cette thérapie, c'est qu'elle agit sur plusieurs axes chez les patients. D'abord, elle permettrait de débloquent les boucles de rumination mentales, qui entretiennent l'affectivité négative, ce qui la transforme en une stratégie efficace pour ne pas tomber dans le piège de pensées ou des émotions qui surviennent dans l'esprit. D'après Tesadale et Coll (1995) : " l'efficacité de la pleine conscience, dans la prévention de la dépression, tient au fait que l'entraînement de la focalisation attentionnelle volontaire permet de désamorcer les boucles des pensées négatives qui s'autoalimentent de manière automatique pendant la rumination". (Cottraux, 2007, p 75).

Ensuite, elle permettrait au patient de se libérer de ses anciennes expériences, et de rester concentré sur la présente, en examinant les pensées négatives et les émotions liées qui surviennent au présent, ce qui va l'amener à construire de nouvelles expériences neutres, à la place des anciennes négatives.

Enfin, avec ce type de thérapie de pleine conscience, le patient comprend que ses pensées ne sont que des pensées, des idées, et des créations de son esprit, ce qui lui fait réévaluer son expérience et ses réactions en face de celles-ci, à fin de reproduire une nouvelle vision. Dans ce sens, la pratique de pleine conscience aide le patient à remarquer et se surveiller lui-même ; ses idées, ses mécanismes de pensées, ses comportements et son état psychique, ce qui remet le patient, bien évidemment, dans le bon chemin du traitement.

#### **1.4 Les principes de la thérapie cognitive de pleine conscience :**

Dans la vie quotidienne, nous pensons, sentons, réagissons et nous comportons de façon automatique, ce qui nous fait, petit à petit, perdre le contrôle de notre corps. Nous nous sentons perdus, sans savoir pourquoi.

Quand l'esprit est dominé par le non conscient, ce qui nous arrive souvent la plupart du temps, nous nous sentons divisées, agitées. Nous ne savons pas ce que nous pensons, sentons ou faisons. Ou encore pire, nous ne saurons pas que nous ne savons pas.

Cette non conscience, nous empêche d'être en contact avec notre corps, ses signaux, et ses messages, ce qui provoque, à son tour, les symptômes psychiques.

Avec la pleine conscience, nous arrivons à savoir ce que nous sommes en train de faire pendant que nous le faisons.

La règle principale dans le fonctionnement de thérapie cognitive de pleine conscience, c'est de rendre l'esprit conscient de la surveillance des pensées négatives et dysfonctionnelles. Il est connu qu'on ne peut pas rester toujours dans un état d'humeur élevé, mais on peut, par la pratique, être

conscients au moment de l'attaque des pensées négatives. Avec la conscience et l'acceptation de ce moment négatif et difficile, l'individu arrive à gérer ses émotions pour ne pas tomber ou rechuter dans la vallée profonde de ces pensées.

Dans ce sens, la thérapie sert à "éviter la consolidation des patterns autoalimentés de pensées négatives. Le but n'est pas de maintenir les états d'esprit négatifs hors de l'esprit à tout prix, mais plutôt de prévenir leur installation quand cela arrive"(Segal, 2006, p115).

Quand l'humeur négative survient, les pensées passent par deux étapes. La première étant les anciens souvenirs négatifs contre lesquels la personne essaye de lutter, quand ils se réactivent, pour sortir de cet état. La deuxième, c'est que plus la personne fait des efforts pour lutter, plus ces souvenirs se renforcent et deviennent plus intenses. En réalité, ce qui renforce les pensées négatives dysfonctionnelles à persister et à faire ses effets, ce sont les habitudes cognitives automatiques que l'individu pratique de façon inconsciente, rapide et automatique.

Ainsi, par la peur de s'engager et par le désir de rester en dehors de cet état, la personne essaye de lutter contre ces pensées négatives. Plus la personne lutte contre l'état négatif plus il devient fort. Avec la pleine conscience, le patient apprend à rester vigilant et conscient de ces pensées liées aux expériences négatives. Il est invité à annuler les attitudes vers ces expériences, et à accepter la surveillance et le déroulement des pensées liées dans son esprit, sans tomber dans le piège de l'évitement.

Segal (2006), a présenté les principes de la thérapie cognitive de pleine conscience :

1. La concentration : la capacité de maintenir son attention sur un point particulier ou une situation précise.

2. La vigilance/ conscience des pensées, des émotions / des sentiments, des sensations corporelles : car la conscience elle-même enlève les ressources mentales nécessaires au maintien des pensées négatives.
3. Etre dans l'instant : se concentrer sur le moment présent.
4. Acceptation /non aversion : la motivation qui renforce les habitudes cognitives automatiques, est sous une forme ou l'autre de l'aversion. Ainsi, l'acceptation ou la conscience nous permettent également de voir les deux facettes de notre expérience (négative et positive), ce qui entraîne la capacité à répondre à la situation, dans sa totalité plutôt que rester submergé et paralysé par le côté négatif.
5. Le mot qui décrit la position du patient est "être " plutôt que "faire" : pas d'état spécial à réaliser en travers la concentration. Ce principe a été expliqué par\_Mehran (2010), qui trouve que dans la relaxation, l'individu pratique le mode "faire", où il sait la différence entre : comment les choses sont, et comment il voudrait qu'elles soient. Cet écart entre les deux états provoque des émotions négatives, comme l'insatisfaction. Dans ce mode, il est demandé à l'individu de déclencher une série d'actions dans l'esprit, et préserver, ensuite, les émotions positives en évitant les négatives et les désagréables. Ici, l'esprit est préoccupé par l'analyse du passé et par des fantasmes à propos de l'avenir, et ne donne, donc, pas beaucoup d'attention au moment présent.

Par contre, dans le mode "être", qui caractérise la pratique de la pleine conscience, le centre d'intérêt chez le patient, est de permettre et d'accepter tous ce qui arrive à l'esprit. Il n'existe donc pas, une pression immédiate pour changer, mais plutôt d'être



présent dans l'expérience du moment, laisser et accepter le passage des pensées et des émotions désagréables, sans sélectionner. (Mehran, 2010).

6. Devenir conscient de la manifestation d'un problème dans le corps. Cela donne des indices de la présence d'aversion et de stress dans le corps, et qui donne aussi un moyen de traiter les habitudes automatiques inutiles, tout en gardant le problème "en gestation" de manière à ne pas renforcer l'aversion. Cela permet à la conscience d'être comme un marqueur, de rester connecté à ce problème et de laisser les événements se déployer, sans être dérangé par les pensées cherchant la solution du problème.

Comme dans tous les types de thérapie, le patient doit être actif et interactif, en adoptant des attitudes essentielles. Selon le père de la thérapie de pleine conscience Kabat-Zinn (2009), les attitudes des patients jouent un rôle principal, en pratiquant la thérapie de pleine conscience.

- i. Le non –jugement : quand nous affrontons telle situation, nous réagissons selon la valeur que nous avons classé dans certains catégorie : bonne, mauvaise et neutre. Ce classement, nous enferme dans des réactions mécaniques automatiques, qui nous conduisent sans que l'on soit conscient, à ce qui se passe dans l'esprit. Avec la pleine conscience, il est important de reconnaître ce caractère de jugement mental, quand il se manifeste, et d'adopter intentionnellement l'attitude d'un témoin impartial. Ainsi, tout ce qui est demandé au patient c'est d'être conscient de ce qui se passe, il n'a pas besoin de donner des jugements.
- ii. La patience : le patient, en pratiquant la pleine conscience, doit être patient, donnant le temps aux choses de se déployer à leur rythme. Ce n'est pas nécessaire d'être impatient dans notre esprit qui est déjà agité, tendu ou bien submergé par d'autres événements. La

patience signifie qu'on n'a pas besoin de remplir nos moments par des activités et des pensées pour qu'ils soient riches. Elle signifie aussi d'être présente et ouvert à chaque moment en acceptant nos pensées et nos émotions à leurs rythmes.

- iii. L'esprit du débutant : avec ce terme, nous nous permettons d'être réceptifs aux nouvelles possibilités, ce qui nous empêche d'être pris dans l'orientation de notre esprit, qui pense souvent en connaître davantage que la vraie réalité. L'esprit du débutant c'est voir les choses et les autres avec des yeux nouveaux, telles qu'elles sont réellement, sans être influencé par des anciennes expériences.
- iv. La confiance : dans la pratique de pleine conscience, il faut que le patient fasse confiance à lui-même, à son corps avec ses messages. Généralement, la société nous fournit des valeurs dans les quelles il faut qu'on vive pour qu'on soit acceptable par notre entourage. Il faut donc, sentir, participer, donner des opinions, et vivre comme les autres le souhaiteraient, pas comme nous le sentons. La confiance, dans la pleine conscience, insiste sur le fait d'être soi-même, et de comprendre ce que signifie cela ; vivre ses sentiments et sensations corporelles et faire confiance à ce que sent son propre corps. Il est important d'être ouvert et réceptif à ce que nous pouvons apprendre d'autres sources, mais finalement, nous prenons la responsabilité d'être nous même et d'apprendre à écouter notre intérieur.
- v. L'acceptation : ce terme signifie, voir les choses comme elles sont et les accepter sans les juger. L'acceptation aide le patient à détruire le mur entre lui-même et la guérison, car l'acceptation crée, chez le patient, des conditions nécessaires pour agir de façon appropriée dans sa vie. Elle ne signifie pas que la personne doit aimer tout, ou adopter des

attitudes passives vis-à-vis de, tout en abandonnant en même temps, ses principes et ses valeurs, et s'arrêter de changer ou de grandir, mais cela signifie que le patient soit capable de voir la situation avec une vision claire, et il aura la conviction intérieure d'agir. En plus, l'acceptation ne veut pas dire que le patient doit imposer ses idées sur ce qu'il devrait sentir et penser, sur ses propres expériences. Il vise simplement à rester réceptif et ouvert à tout ce qu'il sent maintenant et ici, sans ignorer ou cacher les messages de son corps.

- vi. Lâcher prise (non-attachement) : quand le patient commence à faire attention à ses expériences intérieures, il découvre rapidement qu'il y a des pensées, des sentiments et des situations auxquelles notre esprit semble vouloir s'agripper : si elles sont positives, il essaye de prolonger ses pensées et ses sentiments. De même, il y a de nombreuses pensées, sentiments et situations négatives que le patient essaye d'éviter ou de s'en débarrasser. Avec la pleine conscience, le patient laisse ses expériences être ce qu'elles sont. Il s'entraîne à les observer à chaque instant.

Ainsi, quand il se surprend en train de juger son expérience, il laisse passer ses pensées-jugement, il les reconnaît, et simplement il ne les poursuit pas davantage. Simplement, il les regarde. (Kabat-Zinn, 2009).

### **1.5 Pratiquer la thérapie cognitive de pleine conscience.**

La pleine conscience a été étudiée chez les déprimés dans le cadre des préventions de rechute. La base pour laquelle la pleine conscience a été proposée, est liée à "veiller les habitudes de pensée". En fait, chez les déprimés, les patterns de pensées négatives sont basés sur de vieilles habitudes cognitives automatiques qui sont motivées par le but d'éviter la situation gênante

(idées, image mentale, sentiments, etc.). Ces habitudes inutiles persistent car la personne reste dans un monde cognitif, conduit premièrement, par les mécanismes automatiques, qui s'opposent à l'état conscient ; deuxièmement, par le souhait de se sentir mieux, et finalement, par la comparaison constante de l'état actuel par rapport à l'état désiré. À partir de cette base, et en pratiquant la pleine conscience, le patient apprend à arrêter de lutter contre ces idées négatives pour ne pas mettre en œuvre les "vieilles habitudes de pensées négatives". Les messages à adopter dans la pleine conscience sont : "soyez conscients", " laissez faire", ce qui signifie : arrêter de s'impliquer dans ces habitudes, se libérer de l'attachement /aversion qui déclenche les schémas de pensées. Segal (2006) a présenté une figure qui représente les deux schémas probables des pensées négatives activées chez les malades guéries de la dépression.

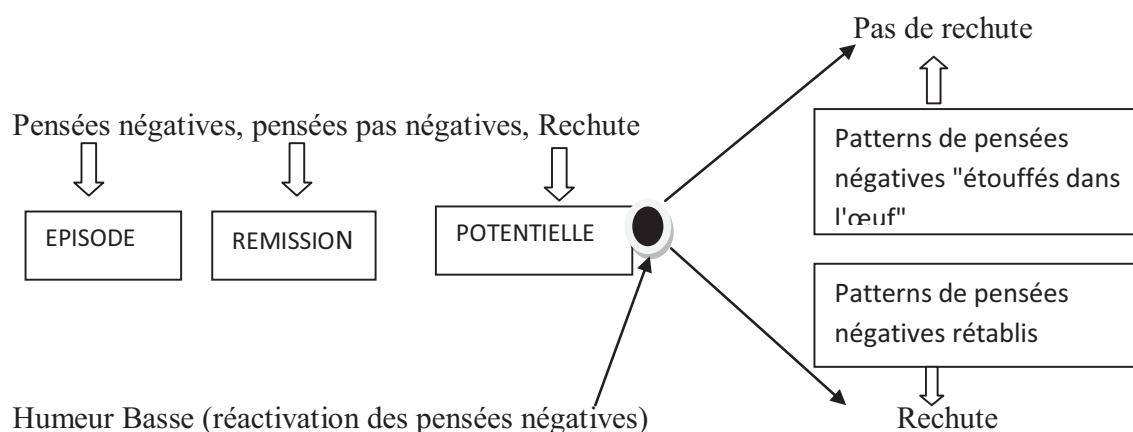


Figure (3) : représente un croquis du modèle sous-jacent du développement de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la prévention de la rechute/ récurrence (Segal, 2006).

Selon la figure précédente : quand le patient parvient à la guérison après un épisode dépressif, il peut dépasser les stimuli négatifs, qui conduit le patient à se fixer sur certaines situations en activant des pensées négatives. Là, il y a deux possibilités devant le patient: soit le patient « laisse

les choses aller » et observe ses pensées négatives sans juger ni critiquer ni lutter, ce qui désactive les pensées négatives. Soit il essaye de lutter en permanence contre ces pensées négatives ce qui fait les installer et les renforcer de plus et c'est la « rechute ».

Pour illustrer la pratique de pleine conscience, on présente l'exercice de « raisin » et l'exercice de "body scan" de Kabat- Zinn (1986) dans le programme de MBSR (programme de réduction du stress basé sur la pleine conscience). L'exercice de « raisin », commence par demander aux patients de prendre les raisins secs dans les mains et de les regarder soigneusement. Ensuite, il lui est demandé d'explorer la texture entre les doigts et d'examiner la couleur. A la fin, on lui fait sentir le raisin et on lui demande de l'amener lentement dans sa bouche, tout en notant les idées qui viennent à l'esprit au moment présent, et de ramener la conscience vers le raisin à chaque fois qu'elle s'en éloigne. Après avoir réalisé l'exercice, une discussion a été effectuée avec tous les participants, pour examiner le mouvement des pensées qui surviennent dans l'esprit et comment les participants essayent de rester conscients malgré le pilote automatique qui se déclenche dans leur tête. Cet exercice offre aux participants un échantillonnage direct d'une nouvelle manière d'être relié à l'expérience, en contraste avec la manière automatique de voir les choses. Il permet aux participants de généraliser cette pratique dans les activités quotidiennes. (Segal, 2006).

Dans l'exercice de "body scan", on commence par s'allonger sur un lit ou par terre, en fermant les yeux et en se centrant sur la respiration. En suite, il est demandé aux participants de centrer l'attention sur une partie du corps, et de ressentir les sensations corporelles qui s'y manifestent. L'attention est guidée sur différentes parties du corps, une à une, jusqu'à terminer par une concentration sur le corps comme un tout. À chaque fois l'attention est distraite par une pensée : une idée, une image, une voix extérieure, etc.

Les participants sont invitées à reprendre la plus pleinement possible conscience de la cause de la distraction, et ensuite, de rediriger leur attention sur le point de focalisation de l'exercice. Donc, les distractions sont présentées comme normales. Les participants sont encouragés à développer une attitude d'acceptation et une attitude de curiosité bienveillante par rapport à leur expérience, quelle qu'en soit la tonalité affective. (Cottraux, 2007).

La technique de concentration dans la pleine conscience est différente de la technique de relaxation dans les TCC ou dans la sophrologie. Le but principal de se relaxer, est celui d'oublier tous les problèmes, et de ne pas penser aux idées négatives pour arriver à se sentir mieux dans sa peau ; en revanche, la pleine conscience ne cherche pas à relaxer le patient, elle vise à lui faire prendre conscience du passage des idées perturbatrices, et d'adopter de nouvelles attitudes : accueillir sans réagir. Ainsi les axes suivants résument les différences entre les deux termes :

- Etat d'esprit : la pleine conscience nous aide à observer nos pensées qui nous dirigent vers certaines réactions. Cet état de conscience est utile pour identifier des schémas de pensées, des sentiments et des sensations corporelles qui caractérisent un état particulier de l'esprit.
- Le mode "être" et pas "faire" : dans cet état d'esprit " la pleine conscience", on accueille les informations tel qu'elles sont, sans jugement, sans filtre et sans attente, sans faire ; uniquement on lui demande d'être vigilance et d'orienter toute son énergie vers les choses plus importantes.

Dans la thérapie de pleine conscience, comme tous les types des thérapies, on commence par l'entretien initial, à fin d'obtenir des informations primaires du patient (Nom et prénom, la situation familiale, l'histoire du trouble, l'entourage général autour du malade...Etc.).

Le travail le plus important dans les premières séances est d'identifier et préciser le problème du patient. Dans cette précision, il est indispensable de discuter les attentes du patient vis-à-vis de la thérapie : pourquoi vient-il à la consultation ? Qu'est-ce qu'il attend de la thérapie et des thérapeutes. Tous ces détails seront utiles pour le patient qui va choisir la situation dans laquelle on va travailler. De même, ces détails seront utiles pour le thérapeute, car il en aura besoin pour établir les tâches à domicile nécessaires à faire en dehors de la séance par le patient.

Au moment où le thérapeute décide d'utiliser la thérapie cognitive, il faut qu'il explique au patient les principes et les démarches de cette thérapie, le rôle actif du patient au cours des séances, le rôle du thérapeute et l'efficacité de ce type de thérapie dans ce genre de problème.

Le contrat thérapeutique ne peut être mis en place qu'avec l'accord du patient. Ensuite, on définit des axes de travail pendant les séances thérapeutiques, selon l'intérêt du patient. On commence les séances par la psychoéducation : information sur la maladie et son mécanisme, la thérapie et ses techniques, en illustrant son efficacité, le rôle du patient et celui du thérapeute et l'expérience de ce dernier dans ce domaine. L'étape suivante est de faire que le patient apprenne l'exercice de concentration, en variant les processus des séances par cet exercice et les techniques cognitives.

## **2. L'anorexie mentale**



## **2.1 Définition de l'anorexie mentale :**

Littérairement, le mot anorexie "vient de l'origine grecque (*an* – la perte ou la diminution, *orexis* – l'appétit). Donc, il signifie : ceux qui n'ont pas ou plus faim ou ceux qui refusent cette pulsion biologique". (Schiltz, 2009, p 336).

Comme une pathologie "l'anorexie mentale est un trouble psychiatrique sévère qui touche principalement les adolescents et les jeunes femmes adultes. Il apparait, quelque fois, dans une forme subclinique, et peut s'associer avec d'autre troubles alimentaires, ce qui fait la difficulté du diagnostic " (Simon, 2007, p137).

A partir des années 30, l'anorexie mentale a connu une augmentation régulière chez les jeunes femmes âgées de 15 à 19 ans. Les études effectuées dans ce domaine, suggèrent que la prévalence de l'anorexie mentale augmente chez les adolescents, et que l'âge de début de la maladie est plus précoce. Ces études prouvent que " l'anorexie mentale tend vers une évolution chronique, et présente un risque élevé de mortalité de 5,6% par an. (Simon, 2007, p138).

Une méta- analyse récente montre que " les premières causes de décès sont le suicide et les complications de la dénutrition, surtout au niveau cardiaque. La mortalité relative, est supérieure à celle de la population générale d'un facteur 1,36 à 17,8 suivant les études". (Steinhausen, 2002, 1284-93).

## **2.2 Les deux grands types d'anorexie mentale :**

- Le type restrictif : ce type est étiqueté comme un type "classique". Les patients n'ont pas de crise de boulimie, ne se font pas vomir et ne prennent pas de laxatifs.

- L'anorexie avec crises de boulimie (type mixte) : Les patients jeûnent à certaines périodes, et dans d'autres périodes, ils perdent le contrôle. Ils ingurgitent d'énormes quantités d'aliments qu'ils vomissent ensuite. (Vanderlinden, 2003).

On peut distinguer deux types d'anorexie selon l'âge du patient :

- L'anorexie pré pubère : elle commence avant tout signe de puberté, vers 9, 10, ou 11 ans. Ce sont des formes particulièrement sévères, qui entraînent de graves troubles de la personnalité, et pour les quelles le pronostic est beaucoup plus réservé. Le retard de croissance peut aller jusqu'à un arrêt définitif.
- L'anorexie tardive : les pluparts de ce type se déclenchent généralement après le mariage, ou après la naissance du première enfant. Les éléments dépressifs sont alors plus francs que dans les anorexies d'adolescence. On observe aussi des anorexies qui se déclarent autour de 40 et 50 ans, après un échec amoureux ou professionnel. Dévalorisation et sentiment d'abandon profond les rendent difficiles à traiter. C'est très important de signaler que l'anorexie tardive fait souvent suite à un épisode anorexique discret, passée inaperçu à l'adolescence. (Jeammet, 2004,).

### **2.3. Les symptômes différentiels de l'anorexie mentale :**

Selon le DSM-IV-TR, les critères diagnostiques de l'anorexie mentale F50, 0 sont :

- A. Refus de maintenir le poids corporel au niveau ou au dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille.

- B. Peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.
- C. Altération de la perception du poids ou de la forme de son propre corps, influence excessive du poids ou de la forme corporelle sur l'estime de soi, ou déni de la gravité de la maigreur actuelle.
- D. Chez les femmes post-pubères, aménorrhée, c'est-à-dire, absence d'au moins trois cycles menstruels consécutifs. (DSM-IV-TR, 2004, p259).

Bien évidemment l'existence de ces critères nous permet de diagnostiquer l'anorexie mentale, mais il faut être prudent, dans notre diagnostic, car les symptômes anorexiques peuvent ne pas être le problème principal. Ils peuvent être une réaction ou réponse d'un conflit familial, ou par l'imitation d'une amie très proche.

Dans ce sens Brusset (2008) trouve qu'il faut connaître l'existence, d'une fréquence croissante, chez les jeunes adolescentes, de pseudo- anorexie mentale, soit par imitation, soit par identification hystérique à une compagne anorexique, ou encore à des fins de manipulation familiale.

Ainsi, il est très important d'établir les diagnostics différentiels de plusieurs types de troubles ressemblants ou d'accompagnement, comme la boulimie nerveuse, la perte de poids dans les troubles dépressifs, et d'autres troubles qui sont décrits dans la colonne selon le DSM-IV-, p 179-180. (First, 1999, P 179- 180).

<b>L'anorexie mentale doit être distinguée</b>	<b>A la différence de l'anorexie mentale,</b>
--	---

de :	l'autre affection...
La perte de poids des affections médicales générale :	Ne nécessite ni la présence d'une distorsion de l'image corporelle, ni la peur intense de perdre du poids ou de devenir gros, est souvent accompagnée par une perte d'appétit et comprend les symptômes et les données biologiques caractéristiques de l'affection médicale générale
La boulimie nerveuse :	Ne nécessite pas un poids faible. On ne peut pas faire le diagnostic de boulimie nerveuse que si les critères de l'anorexie mentale ne sont pas retrouvés. Lorsque les critères des deux affections existent, on fait le diagnostic d'anorexie mentale type : avec crises de boulimie nerveuse/vomissements ou prise de purgatif.
La perte de poids dans les troubles dépressifs :	Ne nécessite pas la présence d'une peur intense de prendre du poids, et comprendre des caractéristiques particulières (par ex. humeur dépressive, diminution des intérêts).
Le comportement alimentaire inhabituel dans	Ne nécessite pas la présence d'une peur intense de prendre du poids, n'est pas

la Schizophrénie :	caractérisée par un poids faible et comprend des caractéristiques particulière (par ex. idées délirantes, hallucination. discours désorganisé).
Les obsessions ou compulsion alimentaires du trouble obsessionnel- compulsif :	Ne nécessite pas la présence d'une peur intense de grossir, n'est pas caractérisée par un poids faible et comprend des obsessions et des compulsions qui ne sont pas limitées aux cognitions ou comportement concernant le poids, l'alimentation ou la nourriture.
Evitement de manger en public dans la phobie sociale.	Ne nécessite pas la présence d'une peur intense de prendre du poids et n'est pas caractérisée par un poids faible.
Distorsion de l'image corporelle dans le trouble : peur d'une dysmorphie :	Ne nécessite pas la présence d'une peur intense de grossir et n'est pas caractérisée par un poids faible.

D'autres symptômes très importants, sont indispensables à reconnaître et sont d'une aide importante au diagnostic dans les formes en apparence fruste ou masquée autour de l'amaigrissement ou du trouble d'aménorrhée. L'existence de pensées obsédantes, intrusives et incontrôlables autour de la nourriture et des repas est un signe clinique majeur. Il s'accompagne souvent de pensées évoquant une distorsion de la réalité centrée sur l'alimentation (peur que la

graisse pénètre dans la peau, peur que le ventre ne s'arrête pas de gonfler, etc.), généralement variable dans leur qualité, d'un patient à un autre. Ces pensées obsédantes sont associées au trouble de l'image corporelle qui est leur corollaire. L'alexithymie qui est définie comme un déficit dans le traitement et la régulation des émotions se retrouve dans environ 50 % de cas d'anorexie. Récemment, une étude a montré qu'il existait dans 90 % des cas un trouble de la régulation des fonctions olfactives et gustatives dans une population d'adolescents anorectiques

## **2.4. Les aspects physiques de l'anorexie mentale :**

L'anorexie se caractérise par certains aspects physiques indispensables pour nous induire à l'existence de cette maladie comme l'apparence, l'hyperactivité, l'aménorrhée.

### **2.4.1. L'apparence**

Le visage des anorexiques est très souvent pale, émacié, ridé, ne correspondant pas à leur âge.

L'ensemble de leur corps est squelettique, sans aucune enveloppe grasseuse ni masse musculaire.

Les cheveux sont secs, et tombent abondamment ; leurs ongles sont cassées et striées. La peau des extrémités des mains et pieds, violacées, sèches et froides, révèle des troubles circulatoires.

La constipation est sévère. La tension artérielle est très basse, souvent au-dessous de 8 de maxima ; le pouls est ralenti, autour de cinquante pulsations par minute.

Les analyses de sang restent longtemps normales, mais la décompensation peut être brutale. Le taux de potassium et de sodium est à surveiller plus particulièrement, car il peut être annonciateur de troubles notamment cardiaques. (Jeammet, 2004).

L'anorexie se caractérise par un amaigrissement supérieur à 15% du poids normal pour l'âge et la taille, pouvant passer à 50%. Il est considéré que la dénutrition est grave, quand l'index de masse corporelle, ( $BMI = \text{Poids en kg} / \text{taille}^2 \text{ en m}$ ) est inférieur à 15 kg/M<sup>2</sup>, et sévère lorsqu'il est inférieur à 12 kg/M<sup>2</sup>. (Tric, 2004) .

#### **2.4.2. L'hyperactivité :**

L'hyperactivité touche tous les domaines : physique, social et scolaire.

Les anorexiques ont peur de la passivité et de l'inertie. Il leur faut donc lutter, agir et refuser pour être et pour maintenir le sentiment de l'existence de soi. Au pire, ne jamais s'asseoir, se fatiguer, aller jusqu'aux limites de leurs possibilités, physiques ou intellectuelles. Les anorexiques redoutent l'inertie motrice ou intellectuelle comme elles redoutent la satiété, mais paradoxalement, elles recherchent aussi la réduction des tensions dans une poursuite jamais suffisante, qui les porte à mettre leur santé et parfois leur vie en danger.

Il faut bien expliquer, que les fonctionnements intellectuels élevés, sont plutôt remarquables par leur pauvreté, leur stérilité, leur répétitions. Elles sont souvent conformistes, sans invention ni création personnelle. Par exemple : leur réussite scolaire, si fréquemment remarquable, ne paraît pas liée à une intelligence forcément supérieure, mais plutôt à un soin de répondre à ce qui est attendu d'eux. (Brusset, 1998).

#### **2.4.3. L'aménorrhée :**

Le signe physique le plus important dans l'anorexie sévère c'est l'interruption des règles : "l'aménorrhée". Ce qui expliquerait l'aménorrhée du côté psychique, c'est que les anorexiques

appréhendent les changements corporels, qui sont des signes du passage au monde adulte, et de prendre la responsabilité de leur maturité. Cette peur favorise, de façon indirecte, le développement de l'aménorrhée. Du côté physique, l'aménorrhée résulte d'une chute très importante du pourcentage de la masse corporelle. Il est connu que les menstruations sont possibles en cas que la masse corporelle soit d'au moins 25% de graisse. Ainsi la perte sévère du poids provoque certaines productions hormonales, qui réduisent le pourcentage de graisse corporelle, ce qui empêche, à son tour, les menstruations.

Pour faire le lien entre l'aménorrhée et l'anorexie, il faut que l'arrêt de règles se réalise dans trois cycles successifs au minimum.

L'aménorrhée est un critère de diagnostic de l'anorexie mentale, et un déficit en œstrogènes a été rapporté comme un facteur étiologique important de perte osseuse dans cette population. Dans l'anorexie mentale, les mécanismes du déficit en œstrogènes reste mal élucidé, et est probablement multifactoriel. Parmi ceux ci, on peut citer le dysfonctionnement hypothalamique, la réduction pondérale, une dysrégulation des neurotransmetteurs comme la GnRH (Gonadotropin Releasing Hormon). Dans la littérature, (Grinspoon.2000, Soyka.1999, Zipfel.2001), il a été bien démontré que le degré d'ostéoporose semblait bien corrélé à l'âge de début et à la durée de l'aménorrhée.

On distingue deux types d'aménorrhée :

1. le type primaire ou l'anorexie survient avant la maturité (avant la première menstruation).
2. Le type secondaire, celle ou l'anorexie survient après le commencement de la menstruation. (Vandrlinden, 2003)



Mlle M.M., une des mes patientes dans cette recherche, représente le cas de premier type. Elle est tombée dans l'anorexie à l'âge de 11 ans, et ça continue jusqu'à 19 ans. Bien évidemment, l'anorexie dans son cas est très difficile à traiter, contrairement à la plupart des autres patientes, qui représentent le deuxième type.

## **2.5. Les aspects psychologiques de l'anorexie mentale:**

### **2.5.1. Le désintérêt à la sexualité :**

On peut expliquer les symptômes d'anorexie mentale par le désir de rester enfant, refuser de mûrir et d'être adulte pour fuir la responsabilité, parce que le corps adulte est lié toujours à la maturité, à la responsabilité, et à la sexualité normale qui sont refusées par les anorexiques. C'est un cercle vicieux où l'anorexique refuse la puberté, rejette son corps donc et par conséquent n'accepte pas la sexualité normale.

Brusset (2008, p. 20) a écrit dans ce sens : " Dans certains cas et certainement de plus en plus souvent, il y a des activités sexuelles parfois polymorphes, elles ne sont pas source de satisfaction en elle-même et aucun plaisir spécifique ne semble y être trouvé. Dans ces activités il n'y a que peu d'implication affective ou corporelle. Donc l'amaigrissement vise à les faire disparaître, comme pour retrouver le corps d'avant la puberté, d'un genre plus neutre. Les anorexiques regrettent souvent leur enfance, et imaginent un avenir en dehors de toute sexualité".

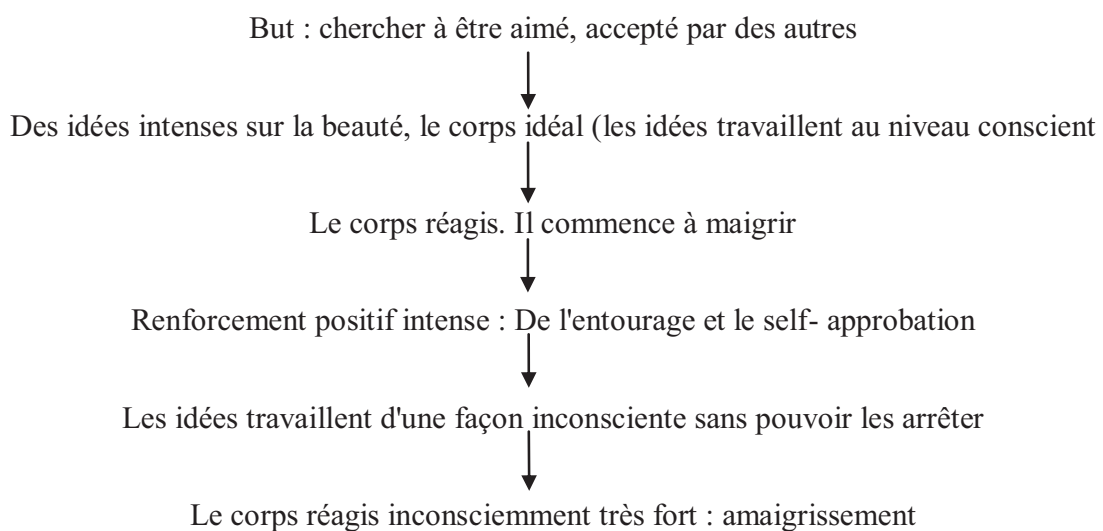
Ainsi, "les troubles d'alimentation sont en relation avec les conflits dans la famille. Le syndrome est accéléré par le besoin de s'adapter à la vie adulte. Les malades anorexiques, au lieu de cela, régressent jusqu'à un niveau infantile". (Bruch, 1994, p 255).

### 2.5.2. Les types de personnalité :

L'anorexique a un type de personnalité, obsessionnelle, évitant, narcissique ou bien dépendante. Celles qui ont une personnalité obsessionnelle, surinvestissent des idées sur un corps idéal. Ce surinvestissement travaille de façon inconsciente, en produisant d'autres idées et d'autres comportements stricts qui servent l'idée obsessionnelle principale sur la beauté.

Selon l'école cognitive, il existe chez l'obsessionnel un surinvestissement des cognitions avec profusion de détails, qui ne sont plus sélectionnés, et s'accumulent de façon anarchique. On peut parler d'inattention active, de focalisation instable. (Debray, 2001).

Debray (2001) a mentionné une prédominance forte du « shouldismes » chez les anorexiques. Ce « shouldismes » fait que le sujet est focalisé intellectuellement sur les idées de beauté, de corps idéal, et accepté par son milieu. Le corps ensuite réagit au "shoudisme" de façon consciente : réduire les repas par jour, repas sans graisse...etc. ; et en fin, de façon inconsciente : perte de l'appétit et l'aménorrhée. La figure suivant illustre la manière dont le corps réagit inconsciemment :



La figure (4) illustre la manière dont le corps réagit inconsciemment :

On remarque, très souvent, un type de personnalité dépendante chez les anorexiques, qui gêne leur entourage, surtout la famille mais en fait, cette dépendance n'est que la conséquence d'anciens comportements maternels chez la mère depuis l'enfance.

Pour Bruch (1994), l'anorexie mentale est une variété de l'obésité développementale. Elle trouve que l'éducation normale, permet à l'enfant de se conditionner à distinguer la faim des autres besoins. Mais ceci n'existe plus dans la relation anorexique, où la mère programme son enfant selon ses besoins, qui sont névrotiques. Les sentiments corporels de la mère prévalent sur ceux de l'enfant, entraînant la malformation et la méconnaissance des limites de son moi, du sens de l'identité et de l'image du corps.

Ce qui permet, au niveau du diagnostic de préciser que :

- 1) L'expression "image du corps qui signifie "concept du corps", reste intacte dans la maladie jusqu'à une période tardive.
- 2) Les sentiments d'impuissance, d'inefficacité, de dépendance où la demande des autres et l'absence de volonté personnelle sont souvent recouverts par le négativisme et la défiance.

Dans le même sens Kestenberg (1972), a illustré l'importance de la relation avec la mère, qui entraîne la tendance de dépendance et d'isolement chez sa fille.

La mère protectrice est incapable de voir sa fille séparée d'elle. Elle surcontrôle l'enfant, et contrarie les efforts ultérieurs de l'enfant, pour obtenir du plaisir de son propre sentiment maternel.

La soumission de son enfant est récompensée pour elle, ce qui conduit l'enfant au sentiment d'inefficacité de la pensée et de l'action. Par conséquence, l'enfant présente une dépression confrontée avec des problèmes qu'il ne peut pas surmonter.

Cette notion de dépression est importante, en provoquant un défaut au niveau de l'incorporation du corps comme un objet total, et l'enfant reste prisonnier dans l'idée que le corps est humiliant et dangereux.

### **2.5.3. L'image corporelle :**

En fait, il n'existe pas une définition précise pour ce terme, mais chaque chercheur utilise son propre concept opérant.

D'après Rosen (1995), l'image corporelle est un concept qui fait référence à la manière selon laquelle une personne perçoit, imagine, sent et agit face à son propre corps.

Thompson (1990) conçoit la construction de l'image corporelle comme étant constituée de trois éléments :

- Un composant subjectif (cognitif et affectif): sentiment, attitudes, cognitions et évaluations qu'éveillent le corps, mais surtout la taille corporelle, le poids, les parties du corps ou tout autre aspect de l'apparence physique.
- Un composant perceptuel : perception du corps dans sa totalité. Il s'agit d'une surestimation (perception du corps dans des dimensions supérieures aux

dimensions réelles), ou une sous-estimation (perception d'une taille corporelle inférieure à celle qui correspond à la réalité).

- Un composant comportemental : la perception du corps et des sentiments provoque un type de comportement.

Chabrol (2007), aussi trouve que la perception de l'image corporelle implique :

- Un point de vue perceptuel, qui signe des images et des évaluations de la forme de divers aspect du corps.
- Un point de vue cognitif : qui signe une attention focalisée sur le corps, des croyances associées au corps, et à l'expérience de plaisir/déplaisir des satisfactions/insatisfactions et autres corrélats liées à l'apparence extérieure

Ainsi, on remarque que toutes ces définitions se focalisent sur des éléments communs dans l'image corporelle. Et malgré la variété et la richesse de ce terme, on peut dire qu'il représente des idées, des croyances, des schémas et des imaginations (réelles ou imaginaires), à propos du corps.

Alors, comment cette image négative et déformée du corps a été développée, et comment elle est devenue une caractéristique des anorexiques ?

Les anorexiques ont la tendance à avoir un corps infantile, qui correspond à une « voix interne » de ne pas être responsable, d'être toujours loin de l'état adulte.

A partir de cette idée, on explique la minceur des anorexiques, et leur désir illimité de perdre du poids.

Loiselle (2003) , trouve que le refus de devenir femme, qui passe fréquemment par la non acceptation des transformations du corps à l'adolescence, et l'arrêt des menstruations conséquences directe d'une perte de poids notoire, sont des éléments qui briment les pulsions sexuelles, souvent refoulées chez l'anorexique.

Elles ne peuvent pas être femmes parce qu'elles ne se sentent pas prêtes à confronter leurs désirs de femmes adultes, et à se réaliser grâce à une sexualité partagée.

Ainsi, l'anorexique déteste ce corps qui prouve la maturité, et qui la fait rentrer dans le monde adulte. À partir de cette haine, le corps devient, de façon inconsciente, l'ennemie ou l'objet inacceptable.

Loiselle a écrit dans son ouvrage de 2003: « chez les anorexiques, l'ambivalence qui exige le balancement entre l'amour et la haine, se manifeste par une guerre contre son corps. Celui-ci, parce qu'il est la preuve physique de la présence sur le monde ; le corps devient un champ de bataille et un espace trop plein qui doit être vidé. L'anorexique est une grande violente : elle est habitée par une pulsion de structure qu'elle retourne vers son propre corps ». (Loiselle, 2003, P57).

Bref, l'anorexique a une image négative de son corps, Elle se sent prisonnier dans un corps déformé par rapport à d'autres corps, et détesté par lui même et par les autres. Il se ferme dans son propre monde, ou' il est convaincu qu'il est inférieur aux autres et manipulé par eux. L'anorexique pense que les gens (la famille, les amis) sont là pour le juger et critiquer constamment et de façon négative, ce qui lui fait juger et critiquer négativement son entourage, ainsi que son corps. Le cas de Mlle C.F (chez les patientes étudiées), en représente un bon exemple : elle trouve que son père ne l'aime pas et ne s'intéresse pas à elle, sa mère est très loin

d'elle et pas capable de la comprendre. Par ailleurs, sa sœur, ne l'aime pas et ne la respecte pas. Finalement, Mlle C. F, critique son corps qu'elle déteste et qu'elle trouve disgracieux, malade, et qui mérite d'être l'objet de la critique des autres.

#### **2.5.4. La distorsion cognitive chez les anorexiques :**

Les anorexiques développent des schèmes cognitifs structurés autour du poids et leur implication sur le « soi » ; ces schémas rendent compte de la persistance de la symptomatologie. A coté des croyances fondamentales et des effets de renforcement, un schéma dans un domaine donné, tend à produire des erreurs logiques ; le traitement d'information dans ce domaine, passe par une sur représentation du schéma, une attention et une mémoire sélective, une persévérance, un biais confirmatif, et un faux consensus.

Les facteurs cognitifs chez les anorexiques qui sont à la base de tous les troubles du comportement alimentaire :

1. Erreurs logiques : qui inclut la sur- généralisation, l'abstraction sélective, la pensées catastrophique et la personnalisation.
2. Les dérapages cognitifs : le relâchement conceptuel et une mise à l'épreuve de la réalité.
3. La complexité conceptuelle : les capacités intellectuelles.

Ces erreurs seraient dues à un déficit du développement cognitif. Ces croyances erronées et dysfonctionnelles, sont responsables d'une insatisfaction corporelle et d'un style alimentaire rigide et restrictif pour contrôler le poids. L'alimentation devient régulée par des règles générées par soi-même, plutôt que par la faim et la satiété. Ce régime conduit aussi bien à une privation physique que psychique, avec focalisation sur l'alimentation.

Au début du trouble, il y a un besoin extrême de contrôle sur la nourriture, en rapport avec les sentiments d'inefficacité et de perfectionnisme, eux-mêmes en interaction avec une pauvre estime de soi.

Le maintien du trouble se fait par 3 mécanismes de rétrocontrôle ; la restriction alimentaire accroît le sens de la maîtrise. Le succès initial est un puissant renforçateur. Au fur et mesure, le patient maîtrise tous les domaines de sa vie. Cette tendance à maîtriser explique la résistance au changement. De plus, les aspects de l'inanition encouragent davantage la restriction.

Et enfin, le mécanisme constitué par les idées exagérées sur la silhouette et sur le poids. Ces idées exagérées favorisent la restriction (Fairburn, 2005). Donc, il existe chez les anorexiques une anomalie et un biais cognitif qui déforme les informations reçues sur leur corps.

Cette anomalie a été confirmée par Strauss et Ryan(1988) qui ont trouvé que, les facteurs cognitifs dans les TCA sont de trois types : erreurs logiques (la sur-généralisation, l'abstraction sélective, la pensée catastrophique et la pensée rapportée à sa personne), les dérapages cognitifs (le relâchement conceptuel et une mise à l'épreuve pauvre de la réalité), la complexité conceptuelle (les capacités intellectuelle). Ces erreurs seraient dues à un déficit du développement cognitif, elles ne développent pas la pensée opérationnelle formelle ou la complexité conceptuelle.

Ce biais cognitif a aussi été prouvé par Strupp (1986) et Sacvillet (1998) en comparant les anorexiques aux témoins. Leung (1999), a prouvé la même idée : les anorexiques et les boulimiques ont eu davantage de croyances fondamentales erronées que les témoins, mais le rôle de croyances négatives dans la pathologie restrictive est encore inconnu.

## **2.6. Les facteurs influent l'anorexie mentale :**



### **2.6.1 L'entourage familial :**

Bien évidemment la famille, depuis l'enfance, joue un rôle principal à la formation du concept du corps. Cette famille encourage les enfants à vivre leurs émotions et leurs sentiments, ou bien à les inhiber dans le sens de "ce qui accepté par la société.

Les parents ont tendance à penser que la phase de soumission exprime quelque chose de bon et de souhaitable chez l'enfant. Dans leur enfance, les anorexiques ne sont pas encouragées à être honnêtes ou francs dans leurs opinions sur l'entourage ; ainsi pour leurs expériences corporelles, la famille les encourage et les renforce pour donner des aspects artificiels et pas réels. Par exemple, la famille qui demande à son enfant de se comporter convenablement et de ne pas se plaindre, même si cela s'oppose à ses désirs ou à sa vision des choses. La famille donne à ses membres, des règles pour arranger leurs apparences et leurs comportements. Elle précise ce qui la rassemble, ce qui est beau, ce qui est laid et les critères esthétiques, tout en restant dans ce qui acceptable pour la grande famille : " la société".

Par cette pression, la famille souvent préfère la minceur et favorise minceur et favorise par cette préférence, les comportements obsessionnels liées au programme de régime et aux alimentations spécifiques. Ainsi, la famille est responsable d'un apprentissage systématique de la mal honnêteté. Selon elle, ça implique relativement la mauvaise interprétation et la fausse conception des sensations corporelles. (Bruch, 1990).

**2.6.2 Les expériences interpersonnelles :** Les expériences interpersonnelles comprennent l'ensemble les relations durables : la famille, les amis et les relations courtes et temporaires (dans les magasins, à l'arrêt de bus, dans la rue...etc.). Depuis

l'enfance, ces expériences permettent de comprendre les critiques et les moqueries. Le fait d'être critiqué de façon répétée, de recevoir des moqueries sur son apparence physique durant l'enfance ou l'adolescence, influence le développement de l'image corporelle, qui se poursuit à l'âge adulte. Rives et Cash (1997), ont mis en évidence une relation entre ces moqueries et l'apparition de troubles de l'image corporelle. « 72% de l'échantillon ont affirmé avoir été ridiculisés dans leur enfance, et que cela les influençait encore actuellement"(Chabrol, 2007, p, 123).

**2.6.3 Le rôle des média :** pendant le moyen âge et le XVIII siècle, la femme la plus désirable et appréciée, est celle qui a une caste supérieur un corps gras et des hanches rondes, car cette forme de corps, peut signifier la vie facile et la qualité de son alimentation. Après la deuxième guerre mondiale, certaines valeurs ont commencé à se renforcer dans la vie quotidienne, comme l'épanouissement personnel, la liberté sexuelle, l'apparence physique, et les valeurs individuelles. Tandis que d'autres valeurs ont commencé à s'affaiblir ou même à disparaître, comme les valeurs familiales et le rôle d'une femme mère. Ceci pousse les femmes à trouver un autre rôle lié au développement de la vie, favorisé par les médias. Ces derniers ont un rôle très important dans la perturbation de l'image corporelle, en présentant le corps idéal des mannequins comme un symbole de beauté pure. Pour certains psychologues, " l'augmentation des troubles du comportement alimentaire, les anomalies du poids, la maigreur anorexique ou l'obésité, pourraient être favorisées par l'omniprésence médiatique" (Apfeldorfer, 1994, p 648). Les médias, en présentant le corps idéal qui est loin du corps réel, manipulent la population féminine, surtout les adolescentes, qui sont fragiles. Celles-ci sont plus probablement affectées par les publicités de méthodes amaigrissantes, ou des aliments diététiques. L'impact des

médias vient du fait qu'elles font un grand écart entre le corps idéal et le corps réel. Le premier est conditionné par des valeurs sociales liées à la richesse, à la beauté, et à la vie facile ; tandis que le corps réel est conditionné par des réalités génétiques et par le mode de vie réel. Avec tous ces éléments, la femme moderne se trouve devant la priorité extrême d'être mince, forcé de suivre les images médiatiques à tout prix. Au fur et à mesure, le conflit éclate quand la femme se rend compte que son corps réel est loin d'être idéal ; ce qui veut dire, pour elle, qu'elle est loin d'être belle et désirable.

Certaines études ont montré l'importance de l'ethnie dans les troubles alimentaires. Elles ont trouvé que « les cultures plus pauvres, qui valorisent les rondeurs, semblaient relativement loin de ces pathologies » (Neil, 2003, p3-16). Par contre, d'autres études montraient que "la prévalence des troubles alimentaires est la même, quelque soit l'ethnie (Shaw, 2004, p 8-12), à cause des messages sociaux. "Plus le niveau d'intériorisation du message social augmente, plus les jeunes filles sont insatisfaites de leur corps (Stice et al, 2002, P669-78). Avec l'insatisfaction corporelle, les jeunes filles commencent un cercle vicieux, qui leur fait suivre un régime pour perdre du poids. Plus elles échouent, plus elles insistent à suivre des programmes de plus en plus stricts. En ajoutant les sensations d'échec et de refus de la forme de leurs corps, elles se trouvent devant des troubles alimentaires.

**2.6.4 Les événements banals :** la majorité des personnes anorexiques sont issues de familles strictement protectrices, qui les ont mises à l'abri des difficultés. Elles sont donc, moins préparées à faire face aux multiples modifications développementales comme, le début de la puberté, le début de la sexualité, l'autonomisation, etc. En conséquence, elles n'ont pas l'occasion de développer et d'exercer leur flexibilité adaptative. Dans ce contexte de plus

grande vulnérabilité, il suffit parfois d'un événement apparemment banal, pour que tout bascule, et qu'elles se sentent complètement dépourvues, impuissantes, démunies ou inférieures. Pauzé (2001) a réalisé son étude sur des filles anorexiques suivies sur quelques mois. Elles ont présenté l'événement, provoqué par les anorexiques, comme étant à l'origine de leur premier passage au régime alimentaire :

- i. Le début des relations avec les garçons : au début d'une relation avec les garçons, beaucoup de filles se demandent si elles seront à la hauteur, et si elles pourront leur plaire. Leur peur de décevoir est tellement présente, qu'elles entreprennent un régime alimentaire, en espérant atteindre cette perfection, qui les mettrait à l'abri du rejet et de l'humiliation.
- ii. Une première relation amoureuse décevante : certaines jeunes filles décident d'entreprendre un régime alimentaire, suite à une séparation d'avec leur premier amoureux, car elles pensent que l'excuse de la séparation, était leur corps qui n'est pas parfait, et qui le deviendra en perdant du poids.
- iii. Agression sexuelle : l'agression sexuelle provoque chez la victime, une sensation de saleté et d'hostilité en vers leurs corps, ce qui provoque l'envie de perdre les aspects féminins qu'elles ont, selon les victimes, attiré l'attention de l'agresseur.
- iv. Perdre un membre de la famille : suite à la vulnérabilité qui existe chez l'anorexique, l'éloignement soudain d'un membre de la famille au quel l'anorexique était attaché, le conduit à initier les premières étapes de la maladie. L'anorexique n'est pas capable de s'intégrer à l'environnement, et à affronter ses responsabilités,

en l'absence de cette personne. Ceci les conduit à adopter un régime alimentaire, en espérant, inconsciemment, de ré attirer l'intérêt de leur famille. (Pauzé ,2001).

## **2.7. Traiter l'anorexie :**

Le traitement de l'anorexie mentale ne se limite pas dans une seule discipline mais, il demande une collaboration de plusieurs disciplines. La nécessité de cette association s'explique par l'étiologie multifactorielle (composante individuelles, familiales et culturelles), et surtout le besoin de prendre en considération la composante somatique. (Godart, 2008)

### **2.7.1. La pharmacothérapie :**

Généralement, les traitements médicamenteux, quelque' ils soient, n'ont pas démontré leur efficacité pour diminuer les préoccupations pondérales ou corporelles. Selon certaines études sur les adultes, les antidépresseurs aideraient, en fin d'hospitalisation, à la prévention de la rechute (Kaye, 2001). Pour les neuroleptiques, bien qu'ils s'avèrent utiles sur les préoccupations alimentaires et corporelles et qu'ils peuvent induire une accélération de la prise de poids mais, ils ne présentent pas d'intérêt pour les sujets jeunes du fait du risque de ralentissement cognitif et d'effets secondaires à plus ou moins long terme.

L'intérêt des estroprogestatifs de synthèse, sous forme de contraception orale, reste discuté. Sur le plan médical, la restauration d'un cycle artificiel peut contribuer à banaliser la gravité potentielle du trouble si les conduites alimentation restent pathologiques. En conséquence, dans l'anorexie mentale aucun traitement médicamenteux psychotrope n'est indiqué en première intention. (Doyen, 2007).

Jusqu' à présent, on n'a pas un médicament qui ait un effet favorable sur les symptômes d'anorexique mentale (l'impulsion de jeune et d'amaigrissement). Les stimulants de l'appétit et les coupe- faim doivent être étudiés. Par exemple, les stimulants de l'appétit entraînent chez certaines anorexiques un jeune encore plus strict, tandis que chez d'autre ils risquent fort de déclencher des crises de boulimie. Les coupe-faim sont également des produits dangereux pour les anorexiques et aussi pour celles qui ne souffrent pas encore de l'anorexie.

Cependant certains antidépresseurs sont utilisés en face de problématiques suivantes :

- Si le patient n'est pas prêt à accepter la thérapie psychologique
- Si le patient a une dépression grave (qui est souvent accompagnée de tendance suicide) même après la reprise du poids.
- Si le patient a une crise de boulimie qui reste incontrôlable même après une psychothérapie intense. Certains antidépresseurs peuvent avoir un effet inhibiteur sur la pulsion à se gaver et ainsi améliorer le contrôle des crises de boulimie. Le traitement médicamenteux doit se régler avec précision sur l'évaluation du processus psycho- thérapeute.
- Si le patient a des obsessions et compulsions graves qui ne cèdent pas à la reprise du poids ou qui l'empêchent. (Vanderlinden, 2003).

L'hospitalisation pour l'anorexique devient à un moment donné indispensable mais, un seul signe en soi ne justifie pas nécessairement une hospitalisation. L'indication découle plutôt de leur l'association et de leur évolutivité. On peut résumer les indications de l'hospitalisation selon les recommandations de « position paper » de « Society for Adolescent Medicine » (2003) :

- a) Malnutrition sévère (poids inférieur ou égal à 75 % du poids moyen pour l'âge, le sexe et la taille).

- b) Déshydratation.
- c) Troubles d'électrolytiques.
- d) Troubles du rythme cardiaque.
- e) Perturbations des constantes physiologiques (bradycardie sévère, hypotension, hypothermie, modification orthostatique du pouls).
- f) Arrêt de la croissance et du développement.
- g) Échec d'un traitement ambulatoire.
- h) Refus alimentaire aigu.
- i) Vomissements.
- j) Utilisation incontrôlable de laxatifs ou de diurétiques.
- k) Complications médicales aiguës de la dénutrition.
- l) Urgences psychiatriques (dépression sévère avec idées suicidaires, trouble obsessionnel compulsif grave, etc.) qui interfèrent avec le traitement du trouble alimentaire. Ainsi, les indications d'hospitalisation sont majoritairement liées à un problème somatique et non pas psychiatrique. (Golden, 2003).

Un des premiers objectifs de l'hospitalisation est d'obtenir une reprise de poids régulière dès le début de l'hospitalisation. Un poids minimum doit être déterminé dans le cadre d'hospitalisation. Certains trouvent qu'il faut que le patient atteigne le poids précédent l'amaigrissement. D'autres ont évalué que la prise d'un développement pubertaire et l'apparition (ou réapparition) des cycles menstruels survenaient à un poids supérieur à celui précédentes la maladie (de 2 à 3 kg). Cet objectif pondéral est une condition nécessaire mais non suffisante pour la sortie de l'hôpital. Les jeunes anorexiques s'engagent à une prise de poids effective chaque semaine (environs de 500g à 1 kg par semaine). En l'absence de reprise pondérale après 15 jours d'hospitalisation, une nutrition entérale est proposée. (Yon, 2008).

Durant l'hospitalisation on peut avoir recours à l'ensemble des processus thérapeutiques existants. Une fois que la maladie soit diagnostiquée comme une phase aiguë, l'hospitalisation soit proposée à la famille et la patiente. Les conditions de prise en charge et les mesures prises en cas de perte de poids sont expliquées dès ce stade. Il ne s'agit pas d'un contrat à discuter puisque l'objectif est imposé par l'équipe médicale, mais d'un cadre qui doit être respecté par tous. (Tric, 2004).

En France, le contrat de poids avec séparation du milieu familial sans isolement est une pratique classique dans le traitement hospitalier de l'anorexie qui reste selon lui le socle de la prise en charge de cette pathologie

Ce cadre commence par la séparation familiale qui est considéré par Corcos, (2002) comme un outil thérapeutique qui vise à reconstituer les limites psychiques de chacun (enfant/parent). Elle inclut l'isolement dans une chambre vide, de tout objet, particulièrement ceux qui sont absorbant, les éviers sont recouverts d'un film plastique, les toilettes fermées. En cas de potomanie suspecté, les arrivées d'eau sont fermées. Dans ce cadre, la pesée est quotidienne à la même heure, après miction, nue, au milieu de la pièce pour empêcher tout appui. Corcos, (2002), trouve qu'il est indispensable dans cet isolement que la renutrition soit mise en œuvre. Mais, certains auteurs, Tournemire (2002) n'envisagent la renutrition qu'après quelques jours en l'absence de reprise de poids.

Au cours de l'hospitalisation, il paraît important d'utiliser le repas thérapeutique comme une activité socio-thérapeutique. Ces repas ont lieu dans une ambiance collective, où les patients s'intègrent aux autres patients et à l'équipe soignante (infirmiers, aide-soignants et éducateurs). Ces repas sont organisés en fonction de l'âge et des difficultés alimentaires de chacun.

Yon, (2008), trouve que le repas thérapeutique a deux objectifs ; le premier est de créer une ambiance conviviale au moment de la nourriture. Et la deuxième, de permettre aux personnels de



repérer les difficultés rencontrées par les patients et aussi, tous les changements réalisés au niveau d'alimentation, comportemental et psychique. Les parents de patients, peuvent être invitées à participer à ce repas ce qui leur permet d'acquérir des stratégies comportementales et diététiques qu'ils pourront réutiliser à la sortie de leur enfant de l'hôpital.

## **2.7.2 Les psychothérapies :**

### **2.7.2.1 La thérapie familiale**

Elle s'agit d'abord de construire une alliance de travail entre la famille et l'équipe soignante où il est indispensable que la famille et l'équipe aient une vision commune de l'anorexie mentale; de sa cause, de sa dimension psychosomatique, de sa gravité mais aussi du rôle de la famille dans le maintien ou l'abandon des symptômes. Ensuite, les entretiens avec la famille et le patient passent par la culpabilité, l'agressivité et le sentiment d'échec que vivent très souvent les familles d'anorexiques. Une analyse fonctionnelle du trouble dans le contexte familial est menée, avec une attention particulière portée au rôle joué par la famille dans le développement et la pérennisation du trouble. Enfin, la prise en charge aide la famille à (ré) trouver un sentiment de compétence et de maîtrise (Lask, 2007).

Certains médecins développent une nouvelle forme de thérapie familiale : la thérapie multifamiliale. Elle est destinée aux familles des patientes souffrant d'une forme sévère de la maladie. Elle consiste en la réunion de 5 à 6 familles d'un thérapeute familial et de plusieurs Co-thérapeutes (médecin, éducatrice, diététicienne). Ses objectifs sont de diminuer le sentiment d'isolement et de développer un support mutuel entre ces familles. Cette application est récente mais les résultats sont encourageant (Cook, 2005)

### **2.7.2.2. La thérapie comportementale- cognitive :**

Cette thérapie a un but de changer le comportement inadapté de patient par un autre plus rentable en changeant des idées, des croyances et des pensées existant chez le patient. L'étape la plus importante dans la prise en charge par la TCC c'est l'analyse fonctionnelle.

Le thérapeute constitue une figure d'analyse fonctionnelle en mettant en évidence les évitements et les restrictions alimentaires, les croyances et représentations dysfonctionnelles qui les sous-tendent ainsi que les conséquences internes (sensations, émotions) et externes (la relation avec son entourage). En suite le thérapeute choisit et explique les techniques cognitives et comportementales qui doivent être appliquées pendant la prise en charge comme le questionnement dit socratique qui guide la patiente dans la remise en question de ses cognitions et croyances dysfonctionnelles et la recherche d'alternatives rationnelles favorisant la conduite d'une renutrition. Parmi les techniques comportementales utilisées, l'une est d'aider le patient à hiérarchiser les changements visés par difficulté croissante (réintroduction d'aliments ou des repas évités, augmentation des quantités, prise de compléments diététiques, puis à planifier leur mise en place selon un calendrier précis de plusieurs semaines. A partir de ses difficultés et des ses situations gênantes, le patient précise les objectifs comportementaux à réaliser. Il faut qu'ils soient spécifiques, mesurables, accessibles, réalistes et en temps limité de sorte qu'il soit possible de vérifier s'ils sont bien atteints aux échéances fixées. (Léonard, 2007).

Nombre d'études explorent les anomalies cognitives qui sous-tendent le trouble de l'image du corps présenté par les patientes anorexiques. (Fairburn, 2002). Ainsi, la thérapie cognitive comportementale est efficace pour réparer ou corriger l'image corporelle d'anorexique.

Des techniques comportementales peuvent être utilisées pour réparer la distorsion de l'image du corps tels que la prise de photographies en sous-vêtements, l'enregistrement vidéo et/ou la modification d'images numériques sur écran : élargissements ou amincissements successifs de la

silhouette pour développer une prise de conscience des biais de perception. Cette activité augmente, relativement, l'anxiété chez le patient, ainsi, une relaxation peut être appliquée pour le contrôler. (Léonard, 2007). Les techniques comportementales n'est pas seulement efficace pour modifier l'image corporelle mais aussi au niveau de restriction alimentaire. Par exemple en utilisant la technique de désensibilisation, qui est basée sur l'habituation des réponses émotionnelles, le patient peut gérer son stress et diminuer l'anxiété ressenti au moment de repas pour qu'il puisse lutter contre la restriction alimentaire et suivre la thérapie.

La restructuration cognitive parait aussi très importante à ce niveau en modifiant les idées irrationnelles sur le corps et en cherchant des alternatives. En plus, le thérapeute peut utiliser la discussion socratique et amener une discussion sur plusieurs sujet liés tel que le rôle de média, la santé, la féminité...etc. (Falon, 1994).

Lié à l'image corporelle et qui joue un rôle essentiel dans la thérapie d'anorexique c'est l'estime de soi. Selon Jarry. (1998), la préoccupation corporelle et l'apparence physique semblent bien affecter l'estime de soi. L'image corporelle est influencée par de multiples facteurs mais joue un rôle important dans la régulation de l'estime de soi et dans le développement des préoccupations centrées sur le corps. Ainsi, dans les troubles de conduites alimentaires l'insatisfaction corporelle détermine une estimation de soi faible qui aura besoin d'être renforcée par des exercices comportementaux : jeux de rôle, faire des demandes qui seront acceptées ou refusées, exprimer des critiques et répondre à ces critiques.

## **2.8 Les recherches sur la thérapie cognitive de la pleine conscience.**

Deux programmes ont été publiés et qui ont été l'objet de recherches sérieuses. Il s'agit, d'une part, du programme MBSR de Jon kabat-Zinn (1986), et d'autre part, de la thérapie cognitive

basée sur la pleine conscience "Mindfulness- Based cognitive therapy MBCT, développée par Segal, Williams, Teasdale, (2006).

Le programme MBSR de Kabat-Zinn (1986), a été développé dans un contexte hospitalier, initialement, pour aider des patients souffrant de douleurs chroniques et de troubles liés au stress. Il a été appliqué en groupe de 20 à 30 personnes, présentant des troubles divers (anxiété, stress, maladie chronique...). Il a été structuré en huit séances hebdomadaires. Chaque séance dure entre 2 heures et 2 heures 30. La sixième séance consiste en une journée entière d'exercices.

Dans ce programme, la séance commence directement par un exercice pratique de pleine conscience qui dure 40 minutes. Ensuite, les participants sont invités à partager leurs expériences, leurs pensées, leurs sentiments et leurs sensations corporelles. La séance se termine par des tâches à domicile consistant à pratiquer 54 minutes quotidiennes de la pleine conscience, six jours sur sept.

L'exercice de pleine conscience, selon ce programme, se compose de deux parties :

- i. L'exercice formel : qui est pratiqué en réservant du temps et espace propre (entre 20-40 minutes).
- ii. L'exercice informel : pratiquer les activités quotidiennes en pleine conscience.

Le programme (MBCT) « thérapie cognitive basée sur la pleine conscience », est l'adaptation du programme (MBSR) pour réaliser un programme de prévention de la rechute dépressive. Ce dernier inclut deux parties :

1. Une partie psychoéducative pour expliquer le mécanisme de dépression et les stratégies de faire face pour éviter la rechute.

2. Une partie cognitive qui inclut les principes de la thérapie cognitive. (Cottraux, 2007).

Ainsi, le programme de (MBCT) : la thérapie cognitive de pleine conscience, a été appliquée en pratiquant les techniques cognitives et l'exercice de la concentration pour prévenir la rechute dépressive, mais il n'a pas été utilisé pour traiter les symptômes dépressifs, ou d'autres symptômes maladiques psychiques. D'ailleurs, les deux derniers programmes : (MBSR) et (MBCT), ont lancé les recherches sur l'efficacité de la méditation comme un outil thérapeutique.

Barnes (2004), a mesuré l'impact d'un programme de méditation de type concentration (MED), sur la fréquence cardiaque et la pression artérielle au repos et en ambulatoire chez des étudiants. Parmi les mesures au repos, seule la SBP (pour la pression artérielle) montre une différence significative entre les deux groupes. Pour les mesures DBP et HR, (pression artérielle et la fréquence cardiaque), les changements observés ne sont pas statistiquement significatifs dans les deux groupes: méditation et témoin. En ce qui concerne les mesures ambulatoires de jour à l'école, au niveau SBP, DBP et HR, les différences entre les groupes ne sont pas significatives. Pour les mesures ambulatoires de jour après l'école, les changements sont significatifs entre les deux groupes. Les mesures ambulatoires de nuit, montrent un faible changement, que ce soit pour l'un ou l'autre groupe. Les mesures HR en condition ambulatoire de nuit, vont dans le sens d'une diminution dans le groupe MED, en comparaison à l'augmentation constatée dans le groupe témoin.

Carson. (2005) a pris en charge des patients souffrants de douleurs lombaires chroniques, dans un programme qui utilise la méditation. Les mesures ont été : avant et après l'intervention suivi à 3 mois. Le groupe de méditation est de 18 participants et le groupe de témoins est de 25 participants. L'intervention a été appliquée en 8 sessions de 90 minutes par semaine avec des

exercices à la maison. Les échelles utilisées sont MPQ (douleur quotidienne), BPI (douleur échelle numérique), STAXI- II (colère) et BSI (détresse). La pratique de la méditation contribue à améliorer l'adaptation à la douleur et aux troubles psychologiques, et montre des améliorations importantes au niveau de la colère et de la tension jour après jour.

Manocha (2003) a étudié l'efficacité d'une intervention basée sur la méditation Sahaja Yoga, en complément d'un traitement médical, chez des patients adultes souffrant d'asthme.

Les résultats de l'étude soulignent une amélioration de la réponse des voies aériennes à la Méthacholine (AHR), dans le groupe intervention Sahaja Yoga vis-à-vis du groupe témoin. Le suivi de 2 mois après l'intervention, montre que la différence entre les 2 groupes n'est plus significative. Les résultats au niveau de l'échelle de la qualité de vie, montrent principalement, un effet sur l'humeur dans le groupe d'intervention. L'évaluation indique de meilleurs changements au niveau de la tension et de la fatigue vis-à-vis du groupe témoin.

Baer (2003), a examiné les domaines pour la quels des études d'efficacité ont été effectuées. Les domaines pour lesquels une présomption d'efficacité existe concernant notamment : les troubles anxieux, dépression, les trouble des conduites alimentaires, la douleur chronique, les cancers l'insomnie et les problèmes de couple. Baer (2003), conclut sa méta-analyse, en indiquant que les programmes (MBSR) et (MBCT), sont conformes au critère de " traitements probablement efficaces". La difficulté principale à recevoir le label " traitement bien établi comme efficace", consiste en ce que label implique, que le traitement s'adresse à une population spécifique, ce qui n'est pas le cas de (MBSR). Récemment, Cottraux (2007) a établi l'effet bénéfique de la pratique de la pleine conscience, dans le traitement de l'acouphène chronique invalidant :

Des patients sévèrement handicapés par un acouphène chronique, ont d'abord bénéficié d'une séance de psychoéducation. Ensuite, il a été établi deux groupes de traitement : Le premier, consistait en six séances d'apprentissage de la relaxation de type Jacobson (une

méthode déjà considérée efficace dans la gestion des acouphènes) ; le deuxième, consiste en six séances du programme MBSR. Les résultats des deux traitements, ont montré une efficacité importante dans la réduction des émotions négatives, des ruminations, et des handicaps subjectifs suscités par l'acouphène. Le groupe de pleine conscience, a présenté une légère supériorité dans la réduction de l'irritabilité. De plus, au suivi de trois mois, les participants du groupe de pleine conscience, ont montré une consolidation des bénéfices du traitement, alors que les participants du group de relaxation, montraient une détérioration. Donc, les bénéfices à moyen terme de la pleine conscience semblent supérieurs.

Cependant, actuellement, il n'y a pas encore suffisamment de données empiriques suffisamment solides, pour attester du bien- fondé de ces applications. (Cottraux, 2007).

Plews-Ogan et Owens (2005) ont comparé l'efficacité d'un programme MBSR, et une pratique de massage, dans la gestion de la douleur musculosquelettique chronique. Mesures avant—après l'intervention, le groupe de MBSR ( $n=5$ ), le groupe massage ( $n=9$ ) Le groupe de témoin ( $n=8$ ), 8 sessions de 2,5 h par semaine, avec exercices à la maison sessions de 1 h/semaine. Les deux pratiques, MBSR et massage, apparaissent comme prometteuses dans le traitement de la douleur musculosquelettique. Les données observées de la pratique du massage, vont dans le sens d'un impact positif sur le caractère déplaisant de la douleur, même s'il diminue avec le temps.

Shapiro (1998) a mesuré les effets d'un programme MBSR chez des professionnels de la santé. Les mesures avant et après l'intervention. Le groupe de méditation est de 10 participants. Le groupe de témoin est de (19) participants. 8 sessions de 2 h par semaine avec pratique quotidienne à la maison. Les moyens utilisées dans l'évaluation : BSI (détresse), MBI (*burn-out*), PSS (stress perçu), SWLS (satisfaction de

la vie), Self-Compassion Scale (Compassion), Questions ouvertes en fin d'intervention : Quelle importance a eu le programme MBSR dans votre vie sur une échelle de 1 à 10 ? Que pensez-vous que ce programme vous ait apporté ?

L'étude révèle des bénéfices potentiels d'une intervention de la MBSR chez les professionnels de la santé, d'après les données quantitatives, et des bénéfices supplémentaires, d'après les réponses aux questions ouvertes posées à la fin du programme. La condition MBSR montre des changements positifs plus favorables sur l'ensemble des variables examinées

Shapiro (2003) a aussi évalué les effets d'un programme MBSR, sur le traitement des troubles du sommeil chez des femmes atteintes d'un cancer du sein. Les mesures ont été faites avant, pendant et après le traitement, puis à 3 et 9 mois, le groupe de la méditation : ( $n = 26$ ) et le groupe de témoin : ( $n=8$ ), 6 sessions de 2 h/semaine et une retraite en silence de 6h. Pour évaluer les effets il a été utilisé les échelles de POMS (humeur), BDI (dépression), PENN (inquiétudes), STAI (anxiété), FACIT-B (qualité de vie des patientes atteintes d'un cancer du sein), SCI (témoin), SOC (sens de cohérence) Journal de sommeil quotidien.

Les résultats montrent une amélioration des mesures de la qualité du sommeil, dans les deux conditions expérimentales (MBSR vis-à-vis le témoin), mais pas sur l'efficacité du sommeil.

Smith (1995) a fait une étude pour évaluer les effets de l'association d'un programme de méditation et le PHEP (programme d'amélioration du bonheur). Les mesures ont été faites avant et après l'intervention. Le groupe de MEDP (méditation concentrative avec instructions sur le bien-être subjectif) est pour 7 participants. Le groupe de PHEP (programme d'amélioration du bonheur) avec l'instruction sur le bien être est pour 12 participants. L'intervention a été organisée sur 12 sessions de 1,5 h sur une période de 6 semaines. Les échelles suivantes ont été utilisées pour l'évaluation : le HM (fréquence et Intensité du bonheur), le PHI (bonheur), le STAI (anxiété) et le BDI (dépression).



Les résultats de cette étude, suggèrent qu'un programme destiné à améliorer le bonheur et à diminuer les humeurs négatives, peut être amélioré de façon significative, par l'addition d'une simple forme de méditation concentrative.

Une recherche a été faite par Speca. (2000), pour évaluer les effets d'un programme de méditation de pleine conscience, sur les troubles de l'humeur et les symptômes de stress chez les cancéreux. Les mesures ont été faites avant après l'intervention. Le groupe de méditation est pour 53 participants. Le groupe de témoin est pour 37 participants. L'intervention a été organisée sur 7 sessions de 90 min/semaine avec des exercices quotidiens à la maison. Les échelles suivantes ont été utilisées : le POMS (pour la humeur) et le SOSI (pour le stress).

Les résultats démontrent qu'un programme de méditation de pleine conscience relativement court, peut réduire de façon efficace la perturbation de l'humeur, la fatigue et un large spectre de symptômes liés au stress chez les cancéreux.

Une autre recherche a été effectuée par Teasdale (2000), dans le but d'évaluer l'effet de la pratique de la MBCT, sur le taux de rechute et de récurrence chez des patients guéris d'une dépression majeure. Les mesures ont été faites avant et après l'intervention. Le groupe du programme MBCT (la méditation avec le traitement habituel) est constitué de 76 participants. Le groupe du témoin (le traitement habituel) est lui constitué de 69 participants. L'intervention a été organisée sur 8 sessions de 2 h par semaine de formation en groupe avec des exercices quotidiens à la maison. Les échelles suivantes ont été utilisées : le HRSD (sévérité dépression) et le BDI (dépression).

Il a prouvé que chez les patients ayant vécu au moins trois épisodes dépressifs, le programme de la MBCT réduit le risque de rechute de manière significative, par rapport aux patients assignés au traitement habituel.

Une étude est effectuée par Williams (.2001) pour évaluer les effets d'un programme de méditation de pleine conscience, basé sur le bien-être dans la réduction de symptômes psychologiques et médicaux. La mesure initiale était après l'intervention et suivi à 3 mois méditation ( $n = 35$ ). Le groupe de témoin : ( $n = 27$ ). L'intervention a été organisée sur (8) semaines avec la pratique à la maison de 1 h/j. les échelles qui ont été utilisées sont : le Daily Stress Inventory (stress), Revised Hopkins Symptom Checklist (détresse), Medical Symptom Checklist (médical), et le Questionnaire de suivi (observance).

La méditation de pleine conscience a amélioré la santé mentale et physique, par son action sur la réduction du stress. Les résultats indiquent des diminutions significatives des effets des soucis quotidiens, de la détresse psychologique, des symptômes médicaux, avec un maintien à 3 mois.

Morone et al. (2008) ont étudié l'effet du programme MBSR sur l'intensité et l'acceptation de la douleur, la qualité de vie et le fonctionnement physique chez des individus atteints de lombalgie, et âgés de 65 ans et plus, évalués avant l'intervention, à 8 semaines et 3 mois. Le groupe de méditation : ( $n = 19$ ), et le groupe du témoin : ( $n = 18$ ). Ils ont appliqué le programme (MBSR) en 90 min par semaine, et une pratique quotidienne de 45 min. les échelles qui ont été utilisées sont : le MPQ-SF (Intensité de la douleur), SF-36 (sous-échelle douleur), le CPAQ (acceptation de la douleur), le QoL : SF-36 (Health Status Inventory), le Fonctionnement physique : RMQ, SPPB, SF-36 (sous-échelle fonctionnement physique).

La méditation de pleine conscience montre une meilleure acceptation de la douleur, ainsi qu'un meilleur fonctionnement physique par rapport au groupe témoin.

Une autre étude a été effectuée par Pradhan et al. (2007), pour évaluer l'impact de la formation MBSR sur les symptômes dépressifs, la détresse psychologique, le bien-être et la pleine conscience chez des personnes atteintes d'arthrite rhumatoïde. Le groupe de méditation est de 31 participants, et le groupe de témoin est de 32 participants. L'intervention était d'appliquer le

programme (MBSR) en 8 sessions de 2 h 30 et une journée de retraite additionnée à une pratique quotidienne de 45 min 6 jours par semaine. Les échelles d'évaluation sont : le SCL-90-R (symptômes dépressifs et détresse psychologique), le Disease Activity Score 28 (évaluation de l'intensité de la PR Psychological Well-Being Scale MAAS).

Les résultats ont montré que la méditation de pleine conscience ne pas amener à une amélioration significative des différentes variables en fin de protocole. À 6 mois, il a été remarqué une amélioration du bien-être et une diminution de la détresse psychologique pour le groupe traité. Aucune différence significative n'est observée en fonction de la durée de la pratique quotidienne dans l'ensemble du protocole ; en revanche, la fréquence de la pratique quotidienne influe sur les résultats à deux mois. De plus, la durée de la pratique quotidienne pendant les deux premiers mois influe sur les résultats à 6 mois.

Récemment, une étude exploratoire, est toujours en train de s'effectuer, pour évaluer l'efficacité de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience selon le programme (MBCT), dans la prévention des rechutes dépressive, comparée à une prise en charge de type "soutien psychologique" (SP). Seize patients (3 hommes et 13 femmes) ont été inclus dans cette étude, 8 dans le group MBCT et 8 dans le group S.P. Deux questionnaires ont été utilisée : l'inventaire de dépression de Beck à 13 items, et le questionnaire des pensées automatiques.\*

Si le recours à la thérapie cognitive de pleine conscience a été appliqué à différentes pathologies, on constate qu'il n'existe, à notre connaissance, aucune étude qui s'est intéressée à l'anorexie. En fait, on ne trouve pas des recherches scientifiques concernant la thérapie cognitive de pleine conscience chez les anorexiques, mais une étude, sur l'efficacité de la thérapie comportementale cognitive chez les anorexiques, a été publiée en 2008, dans le journal de thérapie comportemental et cognitive. L'objectif de cette étude était d'évaluer l'efficacité d'une prise en charge cognitive

et comportementale sur des patients en hôpital de jour, souffrant des troubles du comportement alimentaire. Il s'agissait d'observer si la thérapie permettait de constater une diminution de la sévérité et de l'intensité des symptômes des troubles des conduites alimentaires, mais aussi de la dépression, de l'anxiété, de l'alexithymie et de l'insatisfaction corporelle, à la fin de la prise en charge.

Un des autres objectifs de cette étude était de distinguer si les résultats sont différents en fonction du type de pathologie de la patiente, c'est-à-dire, si la prise en charge est aussi efficace pour les anorexiques restrictives, que pour les boulimiques. Enfin, il s'agissait d'étudier si la présence ou l'absence de certains troubles de la personnalité, influencent l'efficacité du traitement.

Les patientes ont été évaluées au début de la prise en charge. Dans cette étude il a été utilisé comme moyens d'évaluation :

1. L'inventaire d'Edinburgh d'Henderson et Freeman (BIT), qui est conçu pour identifier les sujets souffrant des symptômes boulimiques, ou d'accès de frénésie alimentaire.
2. L'inventaire des troubles alimentaires de Garner EDI-2
3. STAI: inventaire de Spielberger, qui est destiné à évaluer, d'une part, les traits d'anxiété (forme Y-B) et, d'autre part, l'état d'anxiété (forme Y-A).
4. L'échelle d'alexithymie de Toronto (TAS) de Taylor et al : TAS-20
5. Le Body Shape Questionnaire, qui est un questionnaire permettant d'évaluer l'insatisfaction corporelle.
6. L'entretien semi-structuré, qui est destiné à évaluer les troubles de la personnalité.
7. Echelle EAT-40 pour évaluer la gravité de l'anorexie mentale ainsi que son évolution.

8. BDI-13 : l'inventaire de dépression de Beck permet d'effectuer une évaluation rapide de l'intensité de la dépression.

Les résultats ont montré que la prise en charge a été efficace sur les symptômes associés aux troubles du comportement alimentaire pour 70 % des patientes. Les données ayant le plus diminuées sont la « conscience intéroceptive », « l'insécurité sociale », le « contrôle des pulsions, la « recherche de la minceur », le « perfectionnisme » et « l'ascétisme ».

Pour ce qui est de la dépression, les scores moyens de la BDI ont diminués.

Pour l'anxiété, on note également une baisse des scores, surtout en ce qui concerne l'anxiété état.

Les scores d'alexithymie ont également baissé. Il en va de même pour l'insatisfaction corporelle à travers le BSQ.

En ce qui concerne les troubles de la personnalité, le SCID-2 a mis en évidence que toutes les patientes souffrent d'un trouble de la personnalité. Aucune patiente ne présente un trouble du cluster. Pour les troubles du cluster C, 11 % des patientes présentent une personnalité dépendante, 22 % une personnalité évitant et 33 % des patientes ont une personnalité obsessionnelle- compulsive. Au total, 55 % des patientes ont un trouble de la personnalité du cluster C. Enfin, en ce qui concerne les troubles du cluster B, aucune des patientes ne présente un trouble de personnalité narcissique, histrionique et antisociale. En revanche, 33 % des patientes souffrent d'un borderline. Toutes les patientes borderline sont boulimiques. Enfin, les scores moyens de l'échelle des symptômes du BITE ont diminué pour toutes les patientes. Cependant, la diminution est plus importante pour les patientes ayant un trouble borderline. (Lerfel, 2008).

En conclusion cette étude semble indiquer que la thérapie cognitive comportementale est particulièrement efficace pour des personnes présentant des troubles des conduites alimentaires.

L'efficacité des thérapies comportementales a été attestée chez plusieurs types de troubles psychologiques :

Chez les déprimées d'intensité moyenne et légère : selon le rapport d'INSERM (2004) plusieurs méta- analyse ont montré une supériorité de thérapie cognitive par rapport des listes d'attentes et des antidépresseurs. Les effets sur la prévention des rechutes de la TCC sont supérieurs à ceux des antis dépresseurs (entre 1 et 2 ans) dans 6 études contrôlées sur 8. Avec les symptômes résiduels et les récives chez des patients sous antidépresseurs. Le nombre de rechutes est significativement moins important dans le groupe qui a reçu la thérapie cognitive.

Chez les schizophréniques : an phase aigüe, les études ont montré que le taux de rechutes et d'amissions à l'hôpital n'est pas n'est pas systématiquement réduit quand on compare la thérapie cognitive avec le traitement standard chez les schizophrènes. Mais pour une sortie plus rapide de l'hôpital, il y avait une supériorité de thérapie cognitive par rapport au traitement standard.

Pour des personnes présentant des troubles panique et l'agoraphobie, 3 méta\_ analyse montrent une diminution significative des symptômes sous l'effet de la TCC par rapport aux conditions contrôlées. La combinaison thérapeutique la plus efficace apparaît être la combinaison de l'exposition in vivo et d'antidépresseurs.

Dans l'anxiété généralisée, l'effet des TCC a été comparé à celui du traitement pharmacologique.les résultats étions très proches (0,70 pour la TCC et 0,60 pour le traitement pharmacologique. Mais l'effet du traitement pharmacologique disparaît au sevrage. La combinaison Tcc et médicaments n'a pas été évaluée.

Dans les troubles obsessionnels compulsifs : une méta\_ analyse incluse études de 1973 à 1997 indique que la TCC est supérieurs ou égales au traitement médicale .les études sur l'efficacité de TCC à long terme montre un taux de 78%d'amélioration a été mise en évidence avec 60% de réduction moyenne des rituels, sur un suivi de 1 à 6 ans.

Dans les phobies sociales : une méta\_ analyse (incluant essais) montre des effets plus importants que celle du placebo. Une autre méta\_ analyses (de 42 études) a montré, à la comparaison à la pharmacothérapie, les tailles d'effets varient de (0,6 à 1,0) et pour la pharmacothérapie, elles varient de 1,0 à 2,0.

Pour les troubles de personnalités (évitant, borderline, antisociale...) les études ont montré des effets positifs en faveur des thérapies cognitives.

Dans l'anorexique : généralement les études empiriques sont rares. Cinq essais contrôlés ont évalué l'efficacité de la TCC chez les anorexiques. Après reprise pondérale, le groupe recevant la TCC se différencie du groupe de comparaison par des taux inférieurs de rechutes et de sorties de traitement, et de meilleur résultats cliniques globaux.

Chez les boulimiques Beaucoup des études sont effectués : 4 métas\_ analyses incluant entre 7 et 35 études, ont été publiées. Les 4 méta\_ analyses ont montré l'efficacité de TCC, à court terme, pour réduire les symptômes boulimiques. Les données à long terme sont soit insuffisantes, soit moins favorables que celles à court terme. D'autres méta-analyses ont comparé les études contrôlées randomisées de traitement médicamenteux (9 études) aux études contrôlées de TCC (26 études). A court terme ; il y avait une supériorité de la TCC. L'association des deux traitements est significativement plus efficace que le traitement médicamenteux seul. (Inserm, 2004, P35\_38).

L'ensemble des ces travaux a conduit au rapport de l'INSERM, publié le 15 novembre 2009 a conduit à conclure que dans beaucoup de cas l'efficacité des thérapies cognitives est avérée

## **La Partie empirique**



## **1. L'importance de la recherche :**

Cette recherche est originale à plusieurs titres :

- I. Une première recherche sur la thérapie cognitive de pleine conscience dans les universités syriennes.
- II. La première recherche en France qui aborde l'efficacité de la thérapie de pleine conscience chez l'anorexique.
- III. La première recherche en France qui utilise la thérapie de pleine conscience comme un principal moyen dans le traitement d'une maladie et pas seulement comme un moyen un moyen de gérer le stress.
- IV. Une troisième approche empirique sur la thérapie de pleine conscience après les deux programmes de Kabat-Zinn, (1985), et de Segal et Coll, (2002, 2006).

## **2. Les objectifs de la recherche :**

Le but initial de cette recherche est de mesurer l'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience, dans la diminution des symptômes anorexiques et de mesurer les éventuels changements au niveau cognitif.

Pour ce faire nous avons deux groupes de patientes anorexiques mentale: un groupe expérimental et un groupe contrôle sur le site de Lyon, dans la clinique de saint Vincent de Paul. Nous avons comparé les performances du groupe expérimental au début et à la fin de thérapie avec les performances du groupe contrôle sur des échelles :

1. Échelle de trouble de conduites alimentaires TCA ou EDI-2: l'inventaire des troubles alimentaires. Elle est la deuxième version après la première qui a été créer par Garner (1983). La nouvelle version est une évaluation clinique de la symptomatologie associée aux troubles alimentaires qui distingue les anorexique des gens normaux et qui a inclus 91 items en lieu de 64 dans la première version. L'inventaire mesure 11 facteurs qui représentent les symptômes pathologies de l'anorexie mentale. (Garner,1991).

Il est attendu, si la thérapie est efficace, que la performance du groupe expérimentale soit diminuée par rapport au début la thérapie et par rapport au groupe de contrôle.

2. L'échelle de dépression Beck 21 : cette échelle a été élaborée par Becke. A.T et traduite en français par J. Delay et collaborateurs. La note globale à ce questionnaire indique « la profondeur subjective de la dépression ». Elle donne une estimation quantitative de l'intensité de la symptomatologie subjective de la dépression. (Cottraux, 1985). Il est attendu, si la thérapie de pleine conscience est efficace, que la performance du groupe expérimental soit diminuée par rapport au début la prise en charge et par rapport au groupe contrôle.
3. Coping : l'échelle utilisée est la validation française de la WCC-R de Folkman et Lazarus (1988) et de Folkman (1984), révisée par Vitaliano.et collaborateurs 1985).cette validation a été faite par l'équipe de Cousson et collaborateurs (1996). L'échelle mesure trois type coping : centré sur le problème (efforts, plans d'action, se battre,...), centré sur l'émotion (évitement, culpabilité, souhaiter changer, espérer un miracle, auto-accusation, et centré sur la recherche de soutien sociale

(soutien informatif..) (Brouchon,2001). Il est attendu que, si la thérapie de pleine conscience est efficace, les patients utilisent plus le coping centré sur le problème et celui centré sur la recherche de soutien sociale par rapport le coping centré sur l'émotion en fin la thérapie.

4. Métacognition : On peut définir la méta cognition comme « l'ensemble des connaissances et des stratégies de haut niveau qui guident et régulent l'activité cognitive, et conséquemment la performance. Son évaluation constitue un enjeu important dans les domaines de l'apprentissage, de la mémorisation et de la résolution de problèmes.» (Mariné, 1998, p711). Ces métacognitions peuvent être mesurées par le MCQ (Cartwright-Hatton & Wells, 1997) qui est une échelle de 65 items élaborée pour évaluer plusieurs dimensions de la métacognition qui sont corrélés : (1) les croyances positives, (2) les croyances négatives sur les pensées (incontrôlables et de danger), (3) La croyance du sujet sur ses compétences cognitives, (4) les croyances générales négatives (y compris la responsabilité, la superstition et la punition et (5) les croyances cognitives sur l'auto-consciencieuse. Les cinq facteurs sont en liaison avec des symptômes pathologiques. Il est attendu, si la thérapie de pleine conscience est efficace, qu'il y aura une diminution dans les performances du groupe expérimentale sur les cinq facteurs de cette échelle par rapport au groupe de contrôle et une diminution de performance de groupe expérimental à la fin de thérapie par rapport au début.
5. Lieu de contrôle (Locus of Control): cette échelle a été mise au point par Rotter (1966) et traduire par Agathon et Salehi. Elle est considérée par Rotter-(1966)

comme une mesure de l'espérance généralisée. Les items concernent les expectations des sujets à propos de la manière dont les renforcements sont contrôlés, de façon interne ou externe.(Cottraux,1985). Elle nous montre si le sujet croit à sa capacité de contrôler le renforcement dans les situations de la vie courante. Il est attendu dans le cas d'une prise en charge efficace par la pleine conscience que le locus de contrôle soit interne après la prise en charge.

De plus, nous avons comparé les symptômes d'anorexie mentale chez les deux groupes :

1. Comparaison des résultats de groupe expérimental, avant et après la prise en charge, avec ceux du groupe de contrôle, sur un inventaire des troubles alimentaires.
2. Comparaison des résultats du groupe expérimental, avant et après la prise en charge, avec les résultats du groupe de contrôle, sur l'échelle de Beck 21.
3. Étudier la corrélation entre les changements cognitifs et la diminution des symptômes anorexiques, chez le groupe expérimental.

### **3. La problématique de la recherche**

L'anorexie mentale a été l'objectif d'une série d'études basées sur plusieurs axes. Certaines de ces études, comme celle de Wulff (1916), l'ont abordé à partir d'une base névrotique (le traumatisme du sevrage, le refus de pénétration et de grossesse). D'autres, comme celle de Cremienux (194) a insisté sur l'autonomie de l'affection et son origine psychogénétique. Et finalement il y a les études, comme celle de Boutonnier, (1948) qui affirment l'importance du rôle de la mère dans la genèse de l'anorexie. À partir des années 60, la littérature a commencé à insister sur la précision

du diagnostic, à fin de distinguer entre l'anorexie primaire et l'anorexie secondaire qui est attachée à une pathologie psychiatrique sous- jacente comme l'hystérie.

Avec les années 70, les études ont connu une grande diversité des approches explicatives et thérapeutiques de l'affection : psychanalyse, approches comportementales, approche biologique-systématique et approches cognitives. (Guillemot, 1997).

Le but de l'étude que nous avons réalisée va répondre à la question suivante :

**Est-ce que la thérapie cognitive, basée sur la pleine conscience, diminue les symptômes d'anorexie mentale et entraîner des changements cognitifs chez les patients au niveau (Méta- cognition, coping, et lieu de contrôle) ?**

#### **4. Les hypothèses de la recherche :**

L'hypothèse principale à éprouver dans cette recherche est :

La thérapie cognitive de pleine conscience favorise la diminution des symptômes d'anorexie mentale et conduit à des changements cognitifs chez les patientes anorexiques hospitalisés, âgées de 15 à 38 ans.

Trois hypothèses opérationnelles résultent de cette hypothèse générale.

- 1) Les effets de la thérapie de pleine conscience se manifesteront par des changements des symptômes mesurés par les échelles de (TCA), et (Bek 21) pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle

- 2) Les effets de la thérapie de pleine conscience se manifesteront par des changements des symptômes mesurés par les échelles de métacognition, coping, locus de contrôle pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle. Trois attentes résultent de cette hypothèse :
- I. Au niveau de coping : le changement prévu est une diminution dans le coping émotion et une augmentation dans le coping de problème et coping soutien social.
  - II. Au niveau de Locus de contrôle : le changement prévu est un contrôle plus interne en fin de thérapie
  - III. Au niveau de la méta- cognition : le changement prévue est une diminution dans la performance sur les cinq facteurs d'échelle.
- 3) On observera des corrélations entre la diminution des symptômes anorexiques mesurés par (TCA) et (Beck21) d'une part et la diminution de la performance cognitive sur les (échelles de métacognition, coping, locus de contrôle) d'autre part, chez le groupe expérimental en fin la thérapie.

## **5. La Méthodologie de recherche**

Nous utilisons dans cette recherche une méthode quasi-expérimentale où nous manipulons les variables dépendants et indépendants, contrôlés de degré moyen. Les conditions d'application seront semi-naturelles. Nos patients seront choisis au hasard ce qui nous permettra de généraliser les résultats à "confiance élevée".

**5 .1 La population :** la recherche va être réalisée sur deux groupes de patients, choisis au hasard :

- Le groupe expérimentale qui inclut (8) patients anorexiques, hospitalisés à la clinique de Saint Vincent de Paul à Lyon, âgées de 15 à 38 ans. Elles reçoivent la thérapie cognitive de pleine conscience. Des échelles d'évaluation à appliquer au début et à la fin de thérapie.
- Le Groupe contrôle qui inclut (8) patientes d'anorexie mentale, âgées de 15 à 38 ans hospitalisés à la clinique de Saint Paul à Lyon. Elles ne reçoivent pas la thérapie cognitive de "pleine conscience" mais, elles répondent aux échelles d'évaluation.

**5. 2 Les variables :**

- Indépendante : l'utilisation de la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience sur un groupe de patiente et son absence sur un autre groupe
- Dépendante :
  - 1) les symptômes d'anorexie mentale, selon un inventaire des troubles alimentaires.
  - 2) Les idées dysfonctionnelles (déprimées), selon l'échelle de dépression : Beck 21.
  - 3) Les cognitions : on mesure trois types de cognition :
    - ❖ Le coping (stratégie d'affronter la situation gênante) : selon une échelle de coping
    - ❖ La méta- cognition : selon une échelle de métacognition.

❖ Le Locus de contrôle : selon une échelle de lieu de contrôle.

## 6. Les définitions opérationnelles

**6.1 La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience** : c'est la thérapie qui utilise les techniques cognitives associées à la technique de la concentration.

**6.2 L'analyse fonctionnelle** : Dans cette recherche il a été utilisé le cercle vicieux comme moyen d'analyse fonctionnelle.

**6.3 La Colonne de Beck** : dans cette étude on utilise la colonne de Beck de 5 rubriques : situation, émotion (%), pensées négatives, pensées alternatives, et les résultats ou la réestimation des émotions(%).

**6.4. La flèche descendante** : nous avons utilisé cette technique cognitive qui consiste à partir d'une pensée consciente chez le patient, on arrive aux schémas profonds qui sont à l'origine de ses pensées.

**6.5. La technique pour/contre** : nous avons utilisé cette technique cognitive pour aider les patients à classer les raisons pour lesquelles ils adoptent certaines idées.

**6.6. La technique avantage/désavantage** : nous avons utilisé cette technique cognitive où on demande au patient de trouver les points positifs et négatifs liés aux certaines croyances.

**6.7. La concentration** : elle comprend deux étapes :

Le patient est invité, d'abord, à mettre l'attention sur une situation gênante qu'il a déjà vécue. Cette situation peut être une idée, une image, une émotion, une sensation corporelle ou bien une expérience réelle. Ensuite le patient fait la description de cette situation comme s'il était un observateur à l'extérieur de cette expérience. Il décrit les personnages, les lieux et toutes les relations qu'il voit dans sa concentration. Il explique



les facettes agréables et désagréables, sans les juger, en remarquant ses sentiments positifs et négatifs.

Le psychothérapeute fait comprendre au patient que le scénario qui se présente à lui dans ses pensées est le reflet de ses idées négatives. Et il peut les contrôler pour ne pas être submergé et guidé par ces pensées négatives. À la fin, le patient est invité à laisser ces pensées sans répondre, sans réagir pour éloigner ou neutraliser les effets des idées irrationnelles. Le but de cette concentration est de faire le patient conscient à son problème et à sa vision déformée de ses expériences.

Deuxième étape, le patient est invité à concentrer sur une situation positive, agréable pour lui en remarquant l'effet positif de cette situation aux sensations corporelles et aux émotions. (Il peut être se concentré sur son corps seulement). Il est demandé, ensuite, à comparer les effets des deux situations sur son corps et son esprit. Le but toujours est à amener le patient à un état conscient de ses pensées qui ne sont que des phénomènes mentaux contrôlables. L'attention de patient doit être focalisée sur le moment présent : maintenant et ici en faisant les liens entre ses idées et ses sentiments. Cet exercice permet à l'individu d'être conscient de ce qui se passe dans le moment présent plutôt que d'être rattrapé par des pensées qui sont souvent des projections du futur ou des analyses du passé. Donc, l'élément principal de la pleine conscience est d'être attentif sans vouloir répondre au passage de la situation gênante.

**6.8. Les tâches à domicile :** ce sont des exercices à réaliser par le patient en dehors de la séance thérapeutique , comme par exemple, remplir une grille d'auto- observation des pensées, dans les activités quotidiennes, en relation avec les sentiments et les émotions, pratiquer la concentration , etc.

Le but de ces exercices est d'engager le patient dans la thérapie et de lui faire participer de façon active même dehors de la séance thérapeutique.

## **7. L'application :**

La recherche a été appliquée dans deux établissements : à l'Hôpital Bellevue à Saint. Etienne et à la clinique saint Paul à Lyon. Chaque patient va recevoir trois séances par semaines, pendant trois mois.

Au début et à la fin des trois mois, cinq questionnaires d'évaluation vont être appliqués pour mesurer les effets de thérapie cognitive de pleine conscience :

- I. Une échelle de coping.
- II. Une échelle questionnaire de méta- cognition.
- III. Une échelle de lieu de contrôle.
- IV. Inventaire de troubles alimentaires.
- V. Échelle de dépression de Beck 21.

Le test de (F) a été choisi pour traiter les résultats des patients sur les échelles utilisées.

Ce test est utilisé pour comparer les moyens des groupes indépendantes. Le but de cette comparaison est de savoir si les différences entre les moyennes sont statistiquement significatives ou pas.

### **7.1 La structure du programme appliqué :**

Le programme appliqué dans cette recherche consiste dans les étapes suivantes :

- 1) Évaluation primaire par les questionnaires, l'avis des patients, et les attentes de patients.

- 2) Psychoéducation sur la maladie d'anorexie, les pensées négatives et ses mécanismes de travail et la concentration.
- 3) Application des techniques de thérapie cognitive : colonne de Beck, flèche descendante...etc.
- 4) Évaluation intermédiaire.
- 5) La concentration.
- 6) Les tâches à domicile.
- 7) Évaluation finale.

## **8. Les résultats :**

### **8.1 L'échantillon de Lyon :**

#### **8.1.1 Résultats à l'échelle de BECK**

Les résultats sont présentés dans la figure 5. Rappelons que l'échelle de Beck mesure la dépression et les pensées négatives dysfonctionnelles chez les patientes.

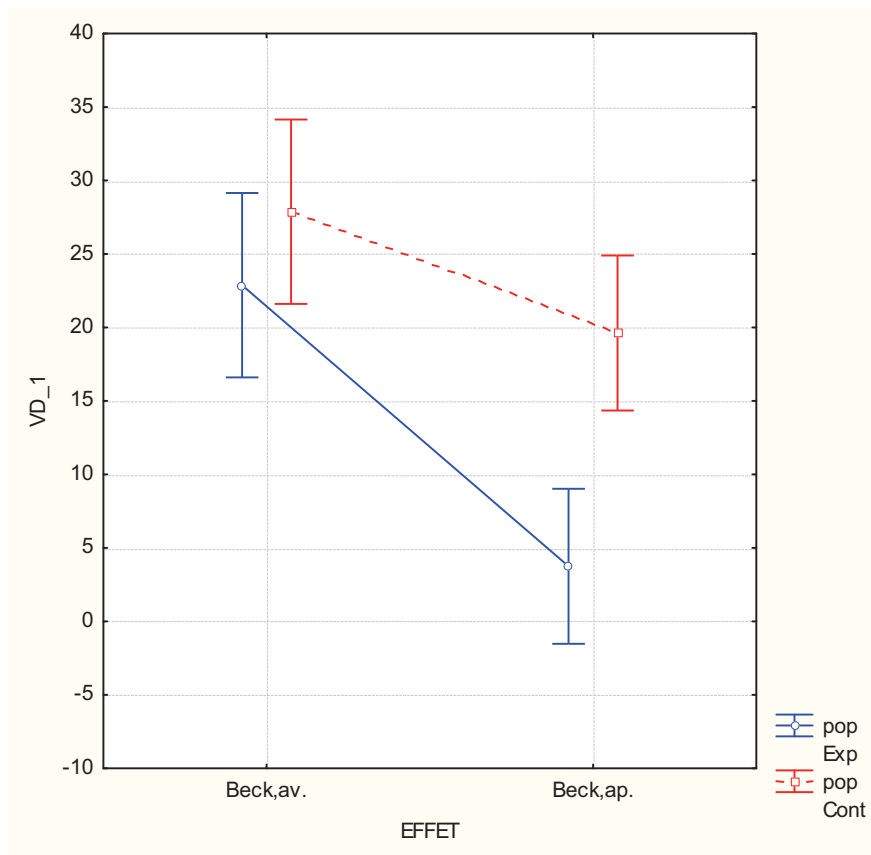


Figure 5. : résultats à l'échelle de Beck en début de thérapie et en fin de thérapie pour le groupe expérimentale et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population est significatif [ $f(1,14)=8,99$ ,  $P=0,009$ ], et que le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)= 75,15$ ,  $P=0,0001$ ]. De plus, l'interaction est elle aussi significative [ $F(1,14)=11,86$ ,  $P= 0,003$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes en début de thérapie [ $F(1,14)= 1,46$ ,  $P=0,21$ ]. Par contre, en fin de thérapie, le groupe expérimental a un niveau inférieur au groupe contrôle [ $F(1,14)=20,83$ ,  $P=0,0004$ ].

Si l'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que le niveau de dépression est plus faible au bout de 3 mois [ $F(1,14)=13,66, P=0,002$ ], il en est de même pour le groupe expérimentale [ $F(1,14)=73,36, P=0,0001$ ] mais de façon plus marquée, ce qu'indiquent les traitements précédents.

En conséquence, la prise en charge avec la thérapie de pleine conscience a produit des effets sur le groupe expérimental en favorisant la diminution des idées irrationnelles (négatives), mesurées par l'échelle de Beck 21. La prise en charge des patientes du groupe contrôle a conduit elle aussi à abaisser le score de dépression mais de façon moins importante que ce qui est observé dans le groupe expérimental.

#### 8.1.2 Résultats à l'échelle de troubles des conduites alimentaires TCA :

##### 8.1.2.1. La recherche de la minceur

Les résultats sont présentés dans la figure 6.

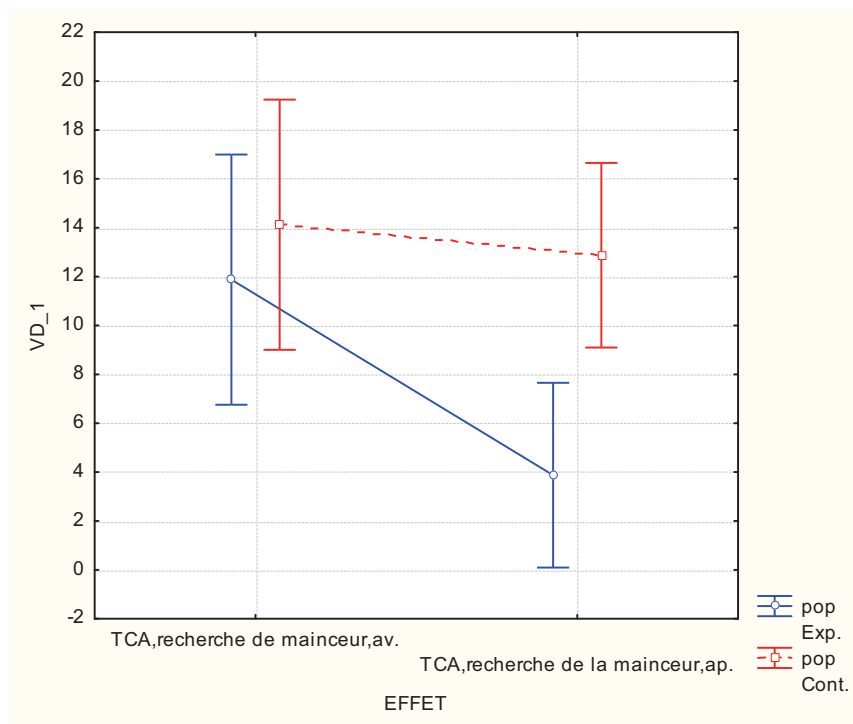


Figure 6. : résultats à l'échelle de TCA, facteur 1 (recherche de la minceur) en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimentale et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population est significatif [ $F(1,14)=4,25$ ,  $P=0,05$ ], et que le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=15,68$ ,  $P=0,001$ ]. On remarque que l'interaction est elle aussi significative [ $F(1,14)=8,35$ ,  $P=0,01$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes sur ce facteur en début la thérapie, [ $F(1,14)=0,44$ ,  $P=0,51$ ]. Par contre, après l'intervention le groupe expérimentale a un niveau inférieure au groupe contrôle [ $F(1,14)=13,04$ ,  $P=0,002$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que il n'y a pas du changement dans sa performance [ $F(1,14)=0,5$ ,  $P=0,46$ ]. Par contre, on remarque un changement significatif dans la performance du groupe expérimental [ $F(1,14)=23,46$ ,  $P=0,002$ ].

Par conséquent, la prise en charge à l'aide de la thérapie de pleine conscience a réduit la tendance à rechercher de la minceur chez le groupe expérimentale. La prise en charge dont a bénéficié le groupe contrôle n'a pas modifié cette tendance à rechercher la minceur.

#### 8.1.2.2 . La boulimie

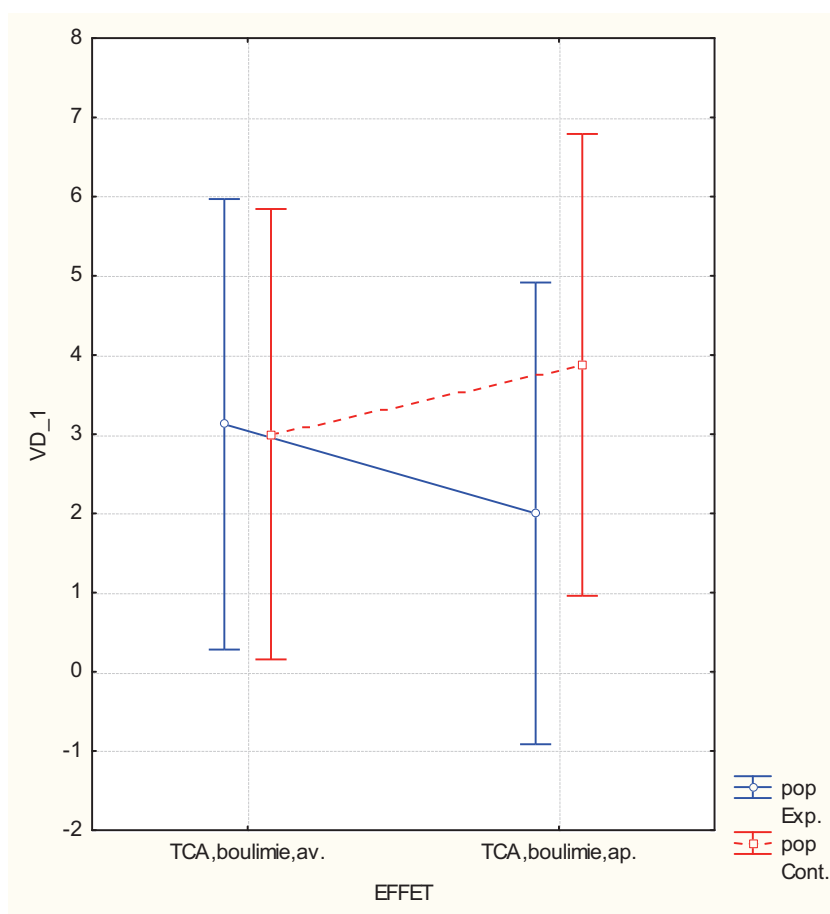


Figure 7. Résultats à échelle de TCA, facteur 2 (la boulimie) en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,23$ ,  $P=0,63$  et que le facteur avant- après n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,05$ ,  $P=0,81$ ]. De plus, l'interaction n'est pas significative [ $F(1,14)=3,51$ ,  $P=0,08$ ].

Ces résultats paraissent logiques puisque notre échantillon n'inclut que des cas d'anorexie mentale (sans boulimie).

8.1.2.3. Insatisfaction par rapport au corps

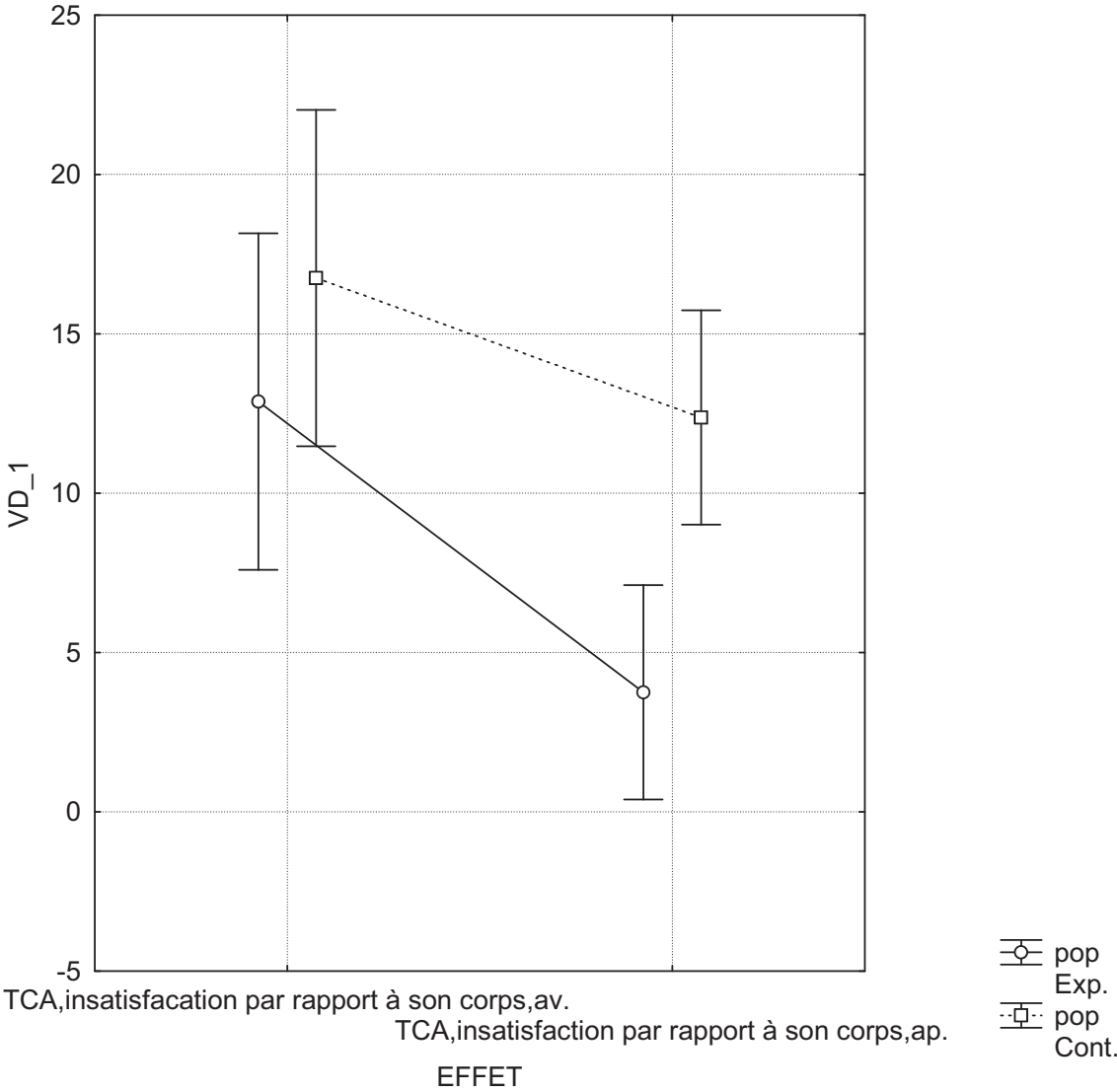




Figure 8. résultats à l'échelle de TCA, Facteur 3 (insatisfaction par rapport du corps), en début et en fin la thérapie pour le groupe contrôle et le groupe expérimental.

L'analyse des résultats montre que le facteur population est significatif [ $F(1,14)=5,74$ ,  $P=0,03$ ], et que le facteur avant- après est aussi significatif [ $F(1,14) =26,52$ ,  $P= 0,0001$ ]. Par contre l'interaction n'est significative [ $F(1,14)= 3,28$ ,  $P= 0,09$ ].

L'analyse des résultats montre que il n'y pas des différences entre les deux groupes en début la thérapie sur ce facteur [ $F(1,14)=1,23$ ,  $P=0,28$ ]. Par contre, en fin de thérapie, le groupe expérimental a des performances en baisse dans «insatisfaction par rapport du corps» [ $F(1,14)= 15,12$ ,  $P= 0,001$ ]. L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre l'existence d'un changement au niveau de ce facteur après les trois mois [ $F(1,14)= 5,57$ ,  $P= 0,03$ ]. Il en est de même pour le groupe expérimental, [ $F(1,14)=24,23$ ,  $P= 0,0002$ ], mais avec un changement plus important que pour le groupe contrôle.

Ces résultats signifient que la prise en charge à l'aide de la thérapie de pleine conscience a produit des effets chez le groupe expérimental, sur l'axe de « l'insatisfaction par rapport à son corps » plus marqués que ceux du groupe contrôle, sans pour autant que ces effets permettent de distinguer les deux.

#### 8.1.2.4. Inefficacité

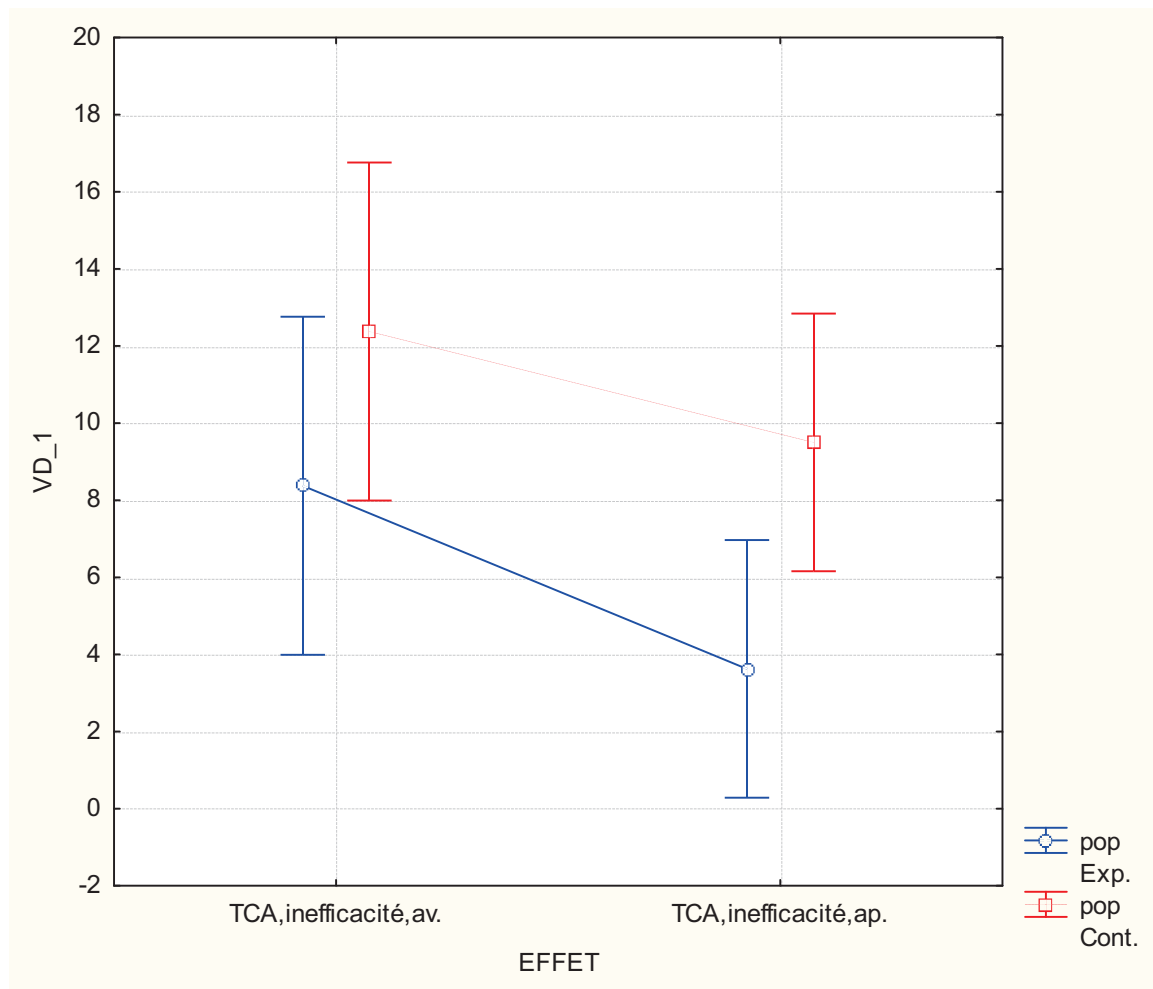


Figure 9. : Résultats à l'échelle de TCA, facteur 4 (l'inefficacité), en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimentale et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population est significatif [ $F(1,14)=5,20$ ,  $p = 0,03$ ], et que le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=7,56$ ,  $P=0,01$ ]. Par contre l'interaction n'est pas significative [ $F(1,14)=0,45$ ,  $P=0,50$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupe en début de thérapie [ $F(1,14)=1,91$ ,  $P=0,18$ ]. Par contre en fin de thérapie le groupe expérimental présente un changement au niveau de ce facteur [ $F(7,10)$ ,  $P=0,01$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre qu'il n'y a pas de changement dans sa performance au niveau de ce facteur [ $F(1,14)=2,15$ ,  $P=0,16$ ], alors que ce changement est présent chez le groupe expérimentale [ $F(1,14)=5,87$ ,  $P=0,02$ ].

Donc, la prise en charge par la thérapie de pleine conscience a produit des effets au niveau de l'inefficacité chez le groupe expérimental, ce qui n'est pas le cas pour le groupe contrôle.

#### 8.1.2.5. Perfectionnisme

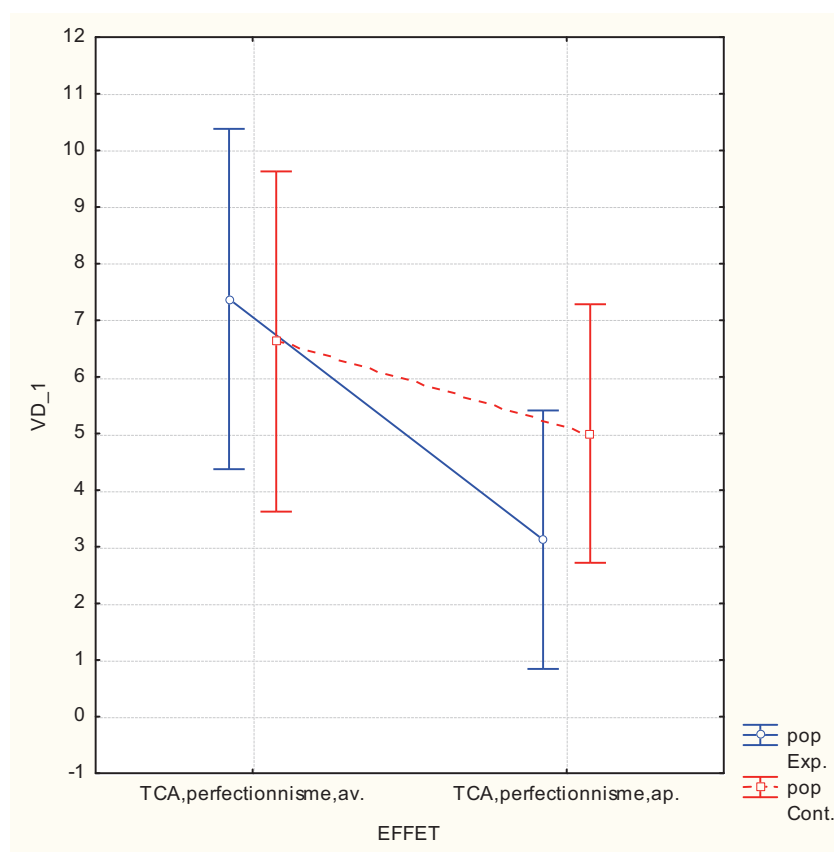


Figure 10. Résultat à l'échelle de TCA, facteur 5 (le perfectionnisme), en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,11$ ,  $P=0,73$ ], et que le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=23,75$ ,  $P=0,0002$ ]. De plus l'interaction est elle aussi significatif [ $F(1,14)=4,74$ ,  $P=0,04$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupe ni en début de thérapie [ $F(1,14)=0,14$ ,  $P=0,71$ ], ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=0,14$ ,  $P=0,71$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que sa performance n'a pas un changement significatif après trois mois, même si une tendance apparaît [ $F(1,14)=3,63$ ,  $P=0,07$ ]. Par contre, les performances du groupe expérimentale présentent un changement significatif [ $F(1,14)=24,86$ ,  $P=0,0002$ ].

Ces résultats signifient que la prise en charge à l'aide de la thérapie de pleine conscience a produit des effets chez le groupe expérimental, sur l'axe perfectionnisme plus marqués que ceux du groupe contrôle, sans pour autant que ces effets permettent de distinguer les deux groupes. Ainsi, le groupe expérimentale a connu une diminution important dans le symptôme « perfectionnisme », où la patiente cherche à être parfait de façon extrême dans son corps et dans tout ce qu'elle fait

### 8.1.2.6. Méfiance interpersonnelle

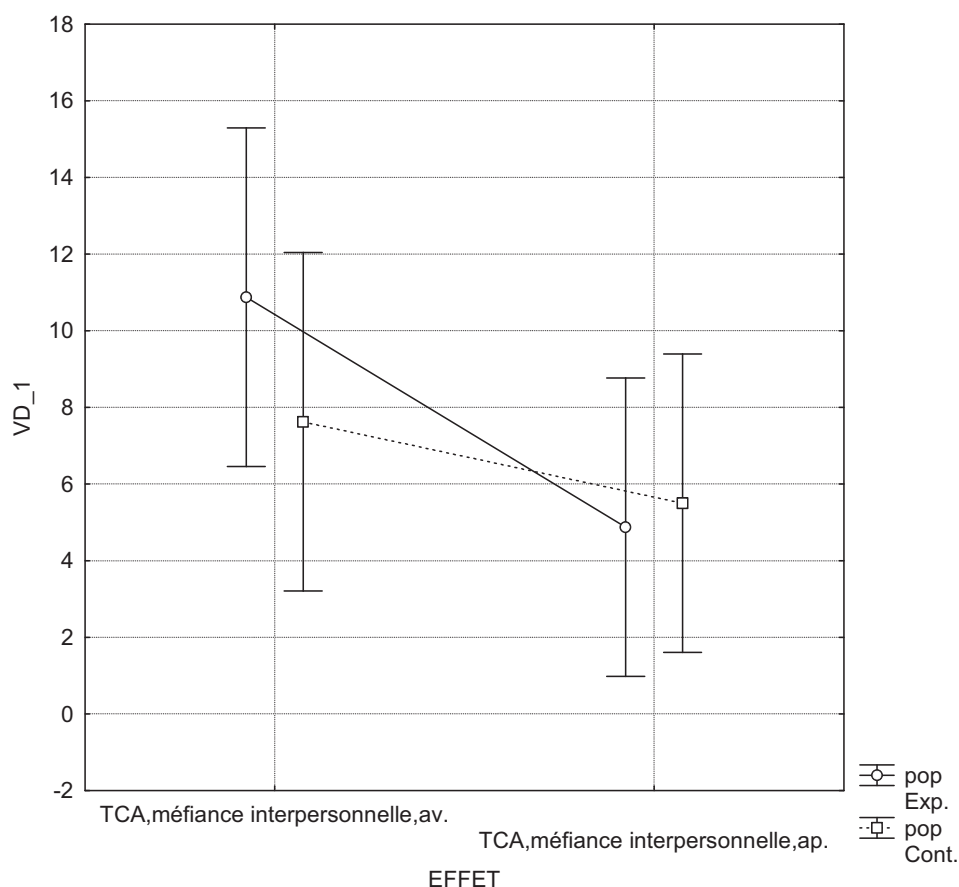


Figure 11. Résultats à l'échelle de TCA, facteur 6 (la méfiance personnelle), en début et en fin de thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle

L'analyse des résultants montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,29$ ,  $P=0,59$ ], et que l'interaction n'est pas significatif [ $F(1,14)=2,31$ ,  $P=0,15$ ] mais, le facteur avant-après pour le groupe expérimental est significatif [ $F(1,14)=10,18$ ,  $P=0,006$ ].

L'analyse des résultats avant-après montre qu'il y a pas de différences entre les deux groupes dans ce facteur ni en début de la thérapie [ $F(1,14)=1,24$ ,  $P=0,28$ ] ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=0,05$ ,  $P=0,8$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que le niveau de méfiance personnelle n'a pas changé après les trois mois [ $F(1,14)=1,39$ ,  $P=0,25$ ]. Par contre le niveau de ce facteur a baissé chez le groupe expérimental [ $F(1,14)=11,11$ ,  $P=0,004$ ].

Ce qui veut dire que la prise en charge a fait ses effets au niveau (méfiance personnelle) chez le groupe expérimental qu'il a constaté une diminution dans ce symptôme à la fin de la prise en charge mais, cette diminution n'a pas été constaté chez le groupe de contrôle.

#### 8.1.2.7. Conscience interceptive

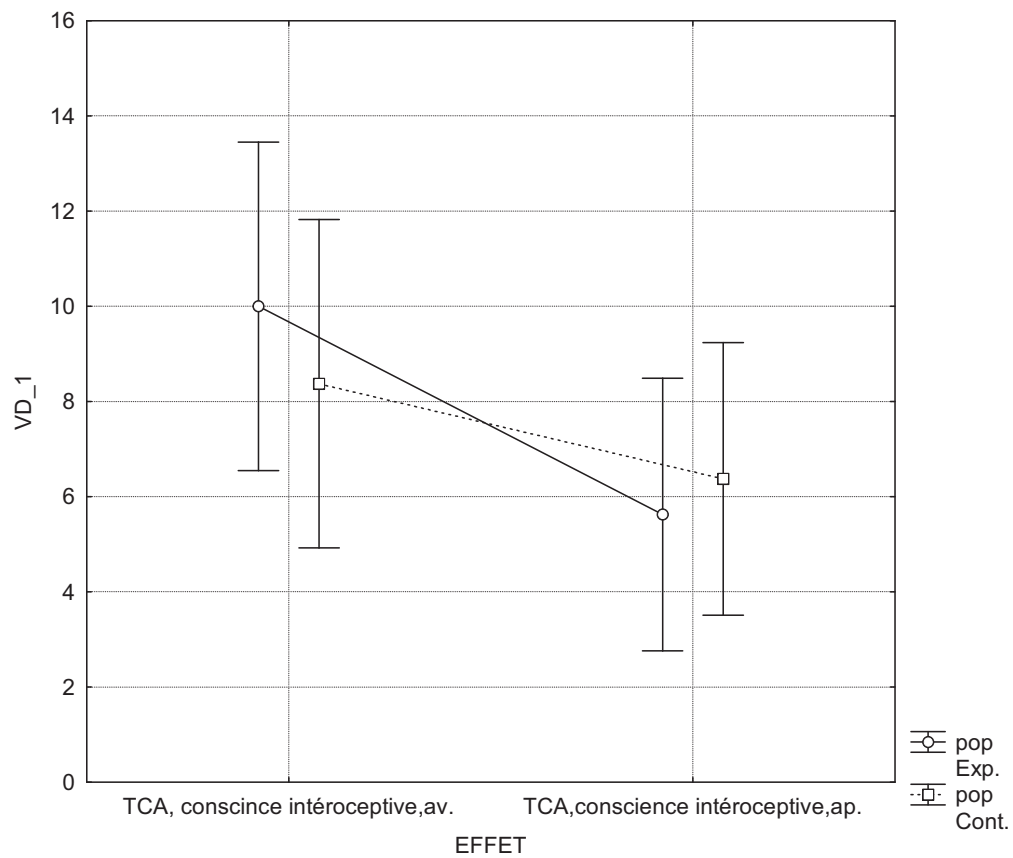


Figure 12.: Résultat à l'échelle de TCA, facteur (conscience interoceptive), en début et en fin la thérapie pour la groupe contrôle et le groupe expérimental.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,05$ ,  $P=0,82$ ], et que l'interaction n'est pas significatif [ $F(1,14)=2,07$ ,  $P=0,17$ ]. Par contre, le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=14,98$ ,  $P=0,001$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes ni en début la thérapie [ $F(1,14)=0,51, P=0,48$ ], ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=0,15, P=0,69$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que sa performance sur ce facteur n'a pas changé après les trois mois [ $F(1,14)=2,94, P=0,10$ ]. Par contre pour le groupe expérimentale un changement a eu lieu [ $F(1,14)=14,11, P=0,002$ ].

Donc, la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental à la fin de la prise en charge, et en conséquence, une diminution de ce symptôme a été constaté chez le groupe expérimental. Par contre, cette diminution n'est pas remarquée chez le groupe de contrôle.

#### 8.1.2.8. Peur de la maturité



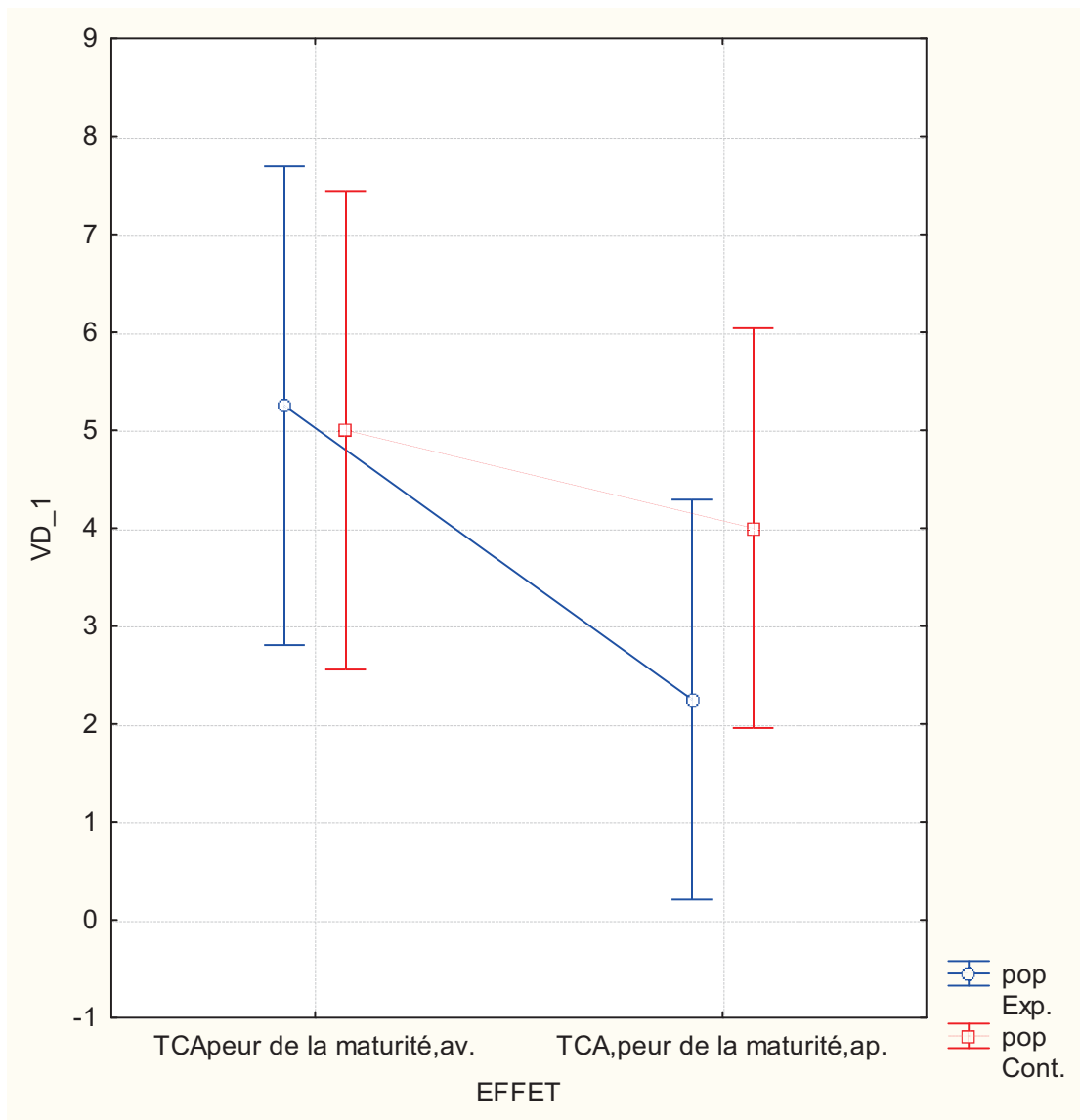


Figure 13. : Résultats à l'échelle de TCA, facteur8 : (la peur de la maturité), en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,28$ ,  $P=0,6$ ], et que l'interaction n'est pas significatif [ $F(1,14)=4$ ,  $P=0,06$ ]. L'analyse montre aussi que le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=16$ ,  $P=0,003$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes ni en début la thérapie [ $F(1,14)= 0,02$ ,  $P= 0,87$ ], et ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=1,68$ ,  $P=0,21$ ]

L'analyse montre aussi que pour le groupe contrôle il n'y a pas du changement dans son performance au niveau de ce facteur (peur de la maturité) [ $F(1,14)=2$ ,  $P=0,17$ ]. Par contre, il y a du changement remarquable pour le groupe expérimentale [ $F(1,14)=18$ ,  $P=0,0008$ ].

Ce qui veut dire que la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental qui présente une diminution dans ce symptôme (peur de la maturité) à la fin de prise en charge par rapport au début la prise en charge.

#### 8.1.2.9. Ascétisme

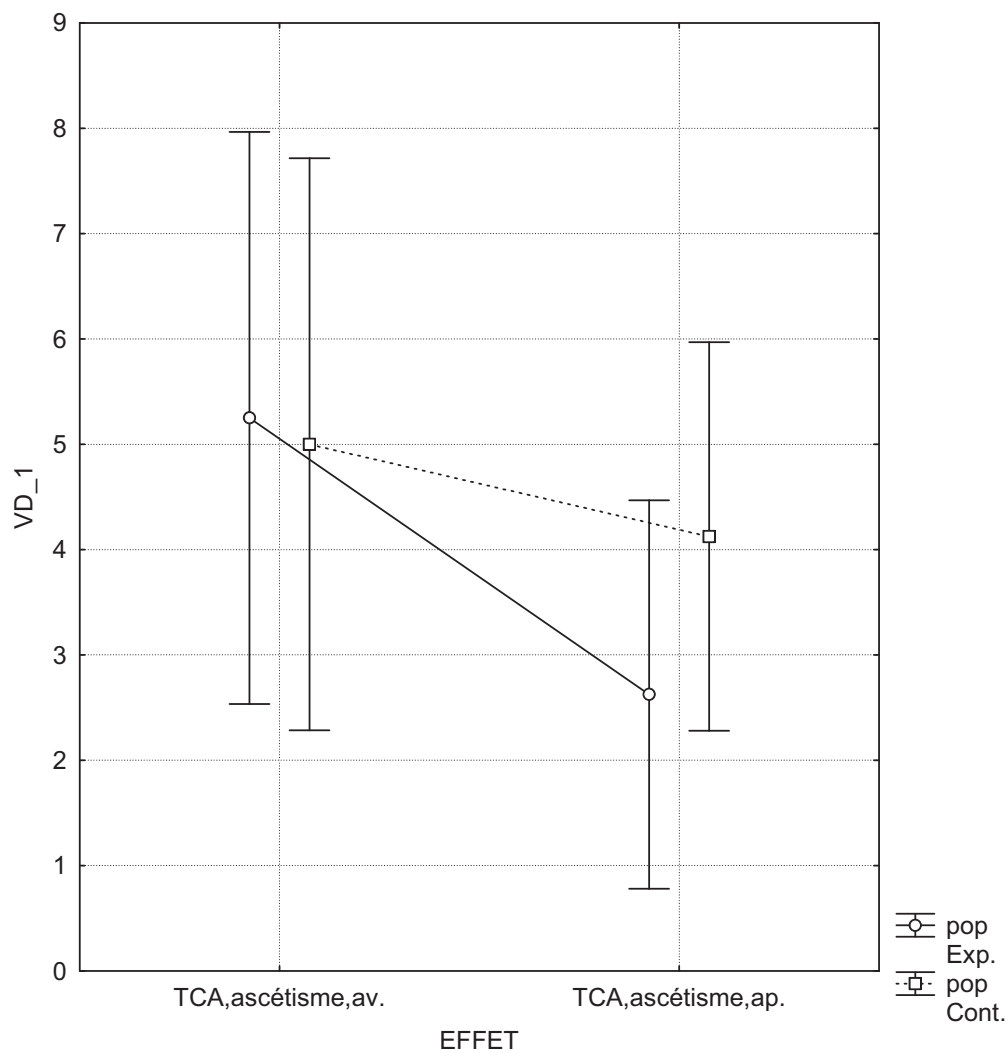


Figure 14. : Résultats à l'échelle de TCA, facteur 9 (l'ascétisme), en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimentale et le groupe de contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,18$ ,  $P=0,66$ ], et que l'interaction n'est pas significatif [ $F(1,14)=2,73$ ,  $P=0,12$ ]. Par contre, le facteur avant- après, est significatif [ $F(1,14)=10,93$ ,  $P=0,005$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre que il n'y a pas des différences entre les deux groupes ni en début la thérapie [ $F(1,14)=0,01$ ,  $P=0,89$ ], ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=1,52$ ,  $P=0,23$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que la performance à ce facteur n'a pas changé après les trois mois [ $F(1,14)= 1,36$ ,  $P=0,26$ ], Par contre le changement est remarquable chez le groupe expérimentale [ $F(1,14)= 12,29$ ,  $P=0,003$ ].

Donc, la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental qui a constaté une diminution dans ce symptôme (ascétisme) à la fin de la thérapie par rapport au début. Par contre, cette diminution n'a pas été remarqué chez le groupe de contrôle.

#### 8.1.2.10. Contrôle de pulsion

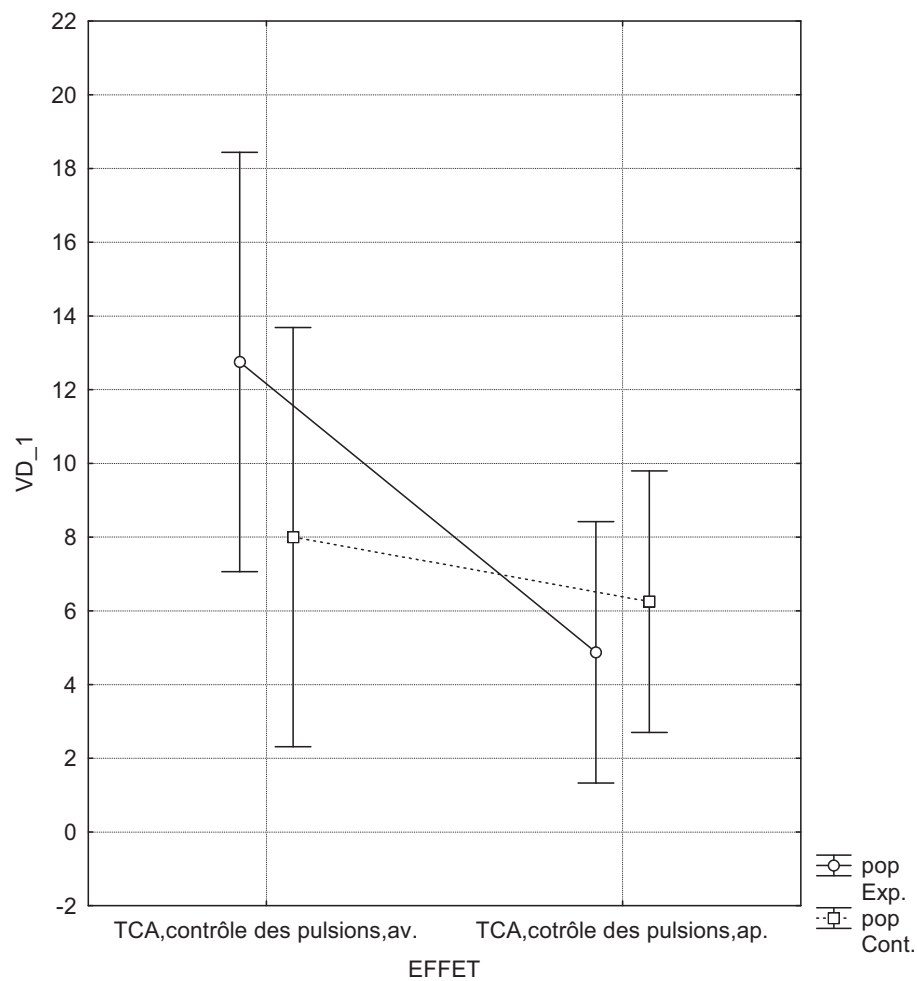


Figure 15. Résultats à l'échelle de TCA, facteur 10 (contrôle des pulsions), en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14) = 0,37$ ,  $P = 0,55$ ], mais le facteur avant- après est significative [ $F(1,14) = 10,98$ ,  $P = 0,005$ ]. De plus, l'interaction est significative [ $F(1,14) = 4,44$ ,  $P = 0,05$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas de différences entre les deux groupes ni en début la thérapie [ $F(1,14) = 1,60$ ,  $P = 0,22$ ], et ni en fin [ $F(1,14) = 0,34$ ,  $P = 0,56$ ]. L'analyse des

résultats pour le groupe contrôle montre que sa performance n'a pas changé [ $F(1,14)=0,72$ ,  $P=0,40$ ], mais le changement chez le groupe expérimentale est remarquable [ $F(1,14)= 14,70$ ,  $P=0,001$ ].

Ce qui nous permet de dire que la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental au niveau (contrôle de pulsions) et il est constaté une diminution dans ce facteur à la fin de thérapie par rapport au début la thérapie. Par contre, cette diminution n'a pas été remarquée chez le groupe de contrôle.

## 11. L'insécurité sociale

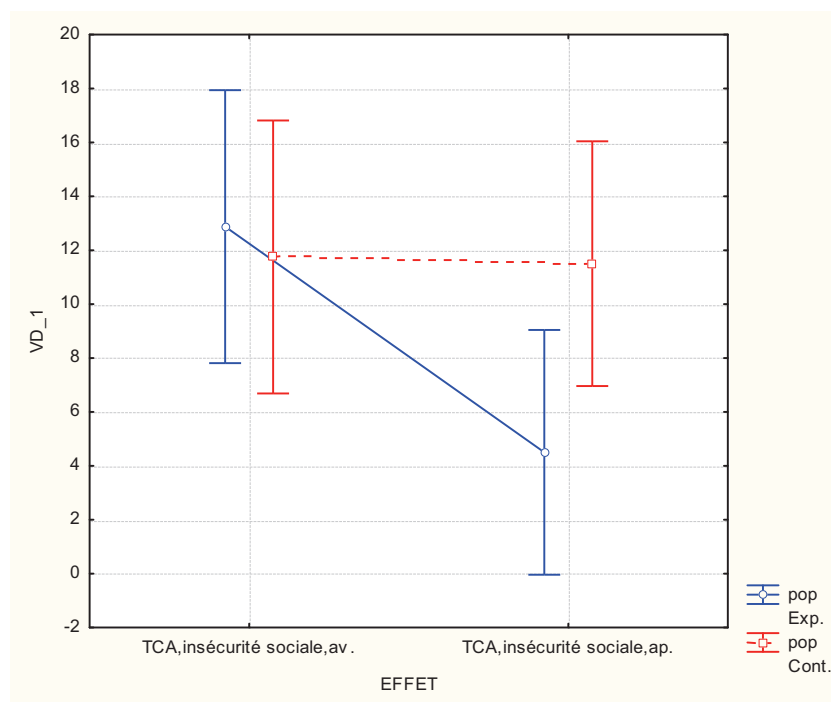


Figure 16. : Résultats à l'échelle de TCA, facteur 11 (l'insécurité sociale), en début et enfin de thérapie pour le groupe expérimentale et l groupe contrôle.

L'analyse montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=1,01$ ,  $P=0,33$ ]. Par contre le facteur avant après et l'interaction sont significatifs [ $F(1,14)=11,78$ ,  $P=0,004$ ], [ $F(1,14)=10,46$ ,  $P=0,005$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas de différences entre les deux groupes en début la thérapie [ $F(1,14)=0,11$ ,  $P=0,74$ ]. Par contre, à la fin de thérapie, la performance du groupe expérimentale a un changement significatif sur ce facteur [ $F(1,14)=5,46$ ,  $P=0,03$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que sa performance n'a pas changé après les trois mois [ $F(1,14)=0,01$ ,  $P=0,89$ ]. Par contre, la performance du groupe expérimental a un changement remarquable [ $F(1,14)=22,23$ ,  $P=0,0003$ ].

Ces résultats nous permettent de dire que la prise en charge a fait ses effets sur le groupe expérimental au niveau de l'insécurité sociale. La performance du groupe a diminué à la fin de la

thérapie par rapport au début la thérapie. Cette diminution a distingué la performance de groupe expérimental de celle de contrôle qui n'a aucune diminution à la fin de la thérapie par rapport au début la thérapie et par rapport au groupe expérimental.

En conclusion, la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental en diminuant tous les symptômes anorexiques mesurés par l'échelle de TCA à la fin de la prise en charge par rapport au début la prise en charge. De plus, certains de ces diminutions ont distingué le groupe expérimental sur plusieurs axes par rapport au groupe de contrôle pour lequel on n'a pas constaté ces diminutions (l'insatisfaction par rapport à son corps, le perfectionnisme, l'inefficacité, la recherche de la minceur et l'insécurité sociale).

Compte tenu de ces données, on peut dire que la première hypothèse a été confirmée : les effets de la thérapie de pleine conscience se manifestent par des changements des symptômes mesurés par les échelles de (TCA), et (Beck 21) pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle

### 8.1.3. Résultats à l'échelle de coping

#### 8.1.3.1 Le coping émotionnel



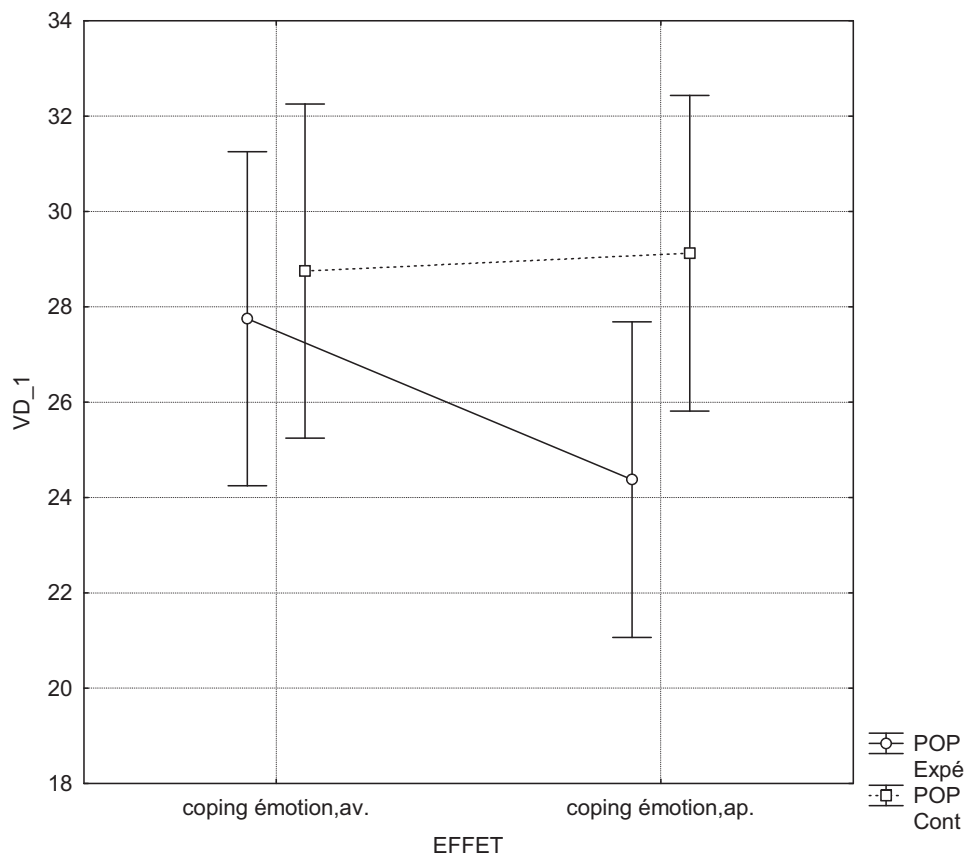


Figure 17. Résultats à l'échelle du coping : (coping émotion), en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=1,65$ ,  $P=0,21$ ]. Par contre, le facteur avant- après et l'interaction sont significatifs, [ $F(1,14)=32$ ,  $P=0,00005$ ], [ $F(1,14)=50$ ,  $P=0,00006$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes en début la thérapie [ $F(1,14)=0,18$ ,  $P=0,67$ ]. Par contre, en fin la thérapie le groupe expérimental a eu un changement dans sa performance sur ce facteur [ $F(1,14)=4,7$ ,  $P=0,04$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle et expérimental montre qu'il n'y a pas de changement dans la performance des deux groupes au bout de trois mois.  $[F(1,14)=1, P=0,33]$ ,  $[F(1,14)=81, P=0]$ .

Donc, la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental après la prise en charge par rapport au début de la prise en charge, et par rapport au groupe de contrôle. Après la prise en charge, le groupe expérimental a moins utilisé le coping centré sur l'émotion par rapport au début de thérapie et par rapport au groupe de contrôle.

### 8.1.3.2 Le coping problème

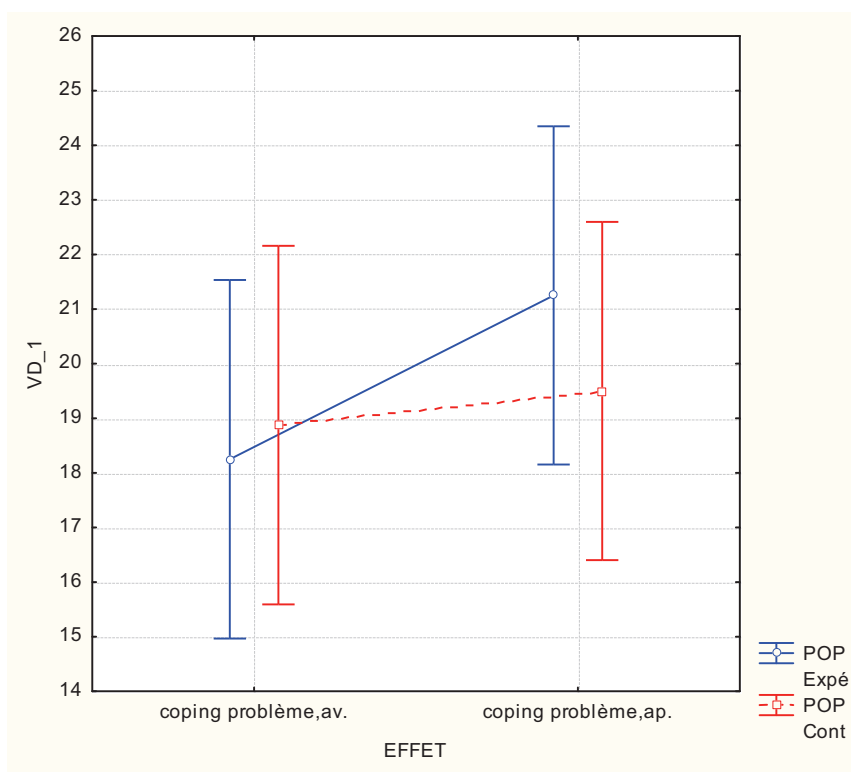


Figure 18 : Résultats à l'échelle du coping (coping problème), en début et en fin la thérapie, pour les deux groupe expérimentale et contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,07$ ,  $P=0,79$ ], ni le facteur avant après [ $F(1,14)=33,64$ ,  $P=0$ ]. Par contre, l'interaction est significative [ $F(1,14)=14,44$ ,  $P=0,001$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas des différences entre les deux groupes ni en début la thérapie [ $F(1,14)=0,08$ ,  $P=0,77$ ], ni en fin la thérapie [ $F(1,14)=0,73$ ,  $P=0,40$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe de contrôle montre que sa performance n'a pas changé au bout des trois mois [ $F(1,14)=2$ ,  $P=0,1$ ]. Par contre pour le groupe expérimental le changement est très important [ $F(1,14)=46,08$ ,  $P=0,00001$ ]

Donc, la prise en charge a fait ses effets chez le groupe expérimental à la fin de thérapie par rapport au début et par rapport au groupe de contrôle. Après la prise en charge, le groupe expérimental a plus utilisé le coping centré sur le problème par rapporte au début de thérapie et par rapport au groupe de contrôle.

#### 8.1.3.3 Le coping soutien social :

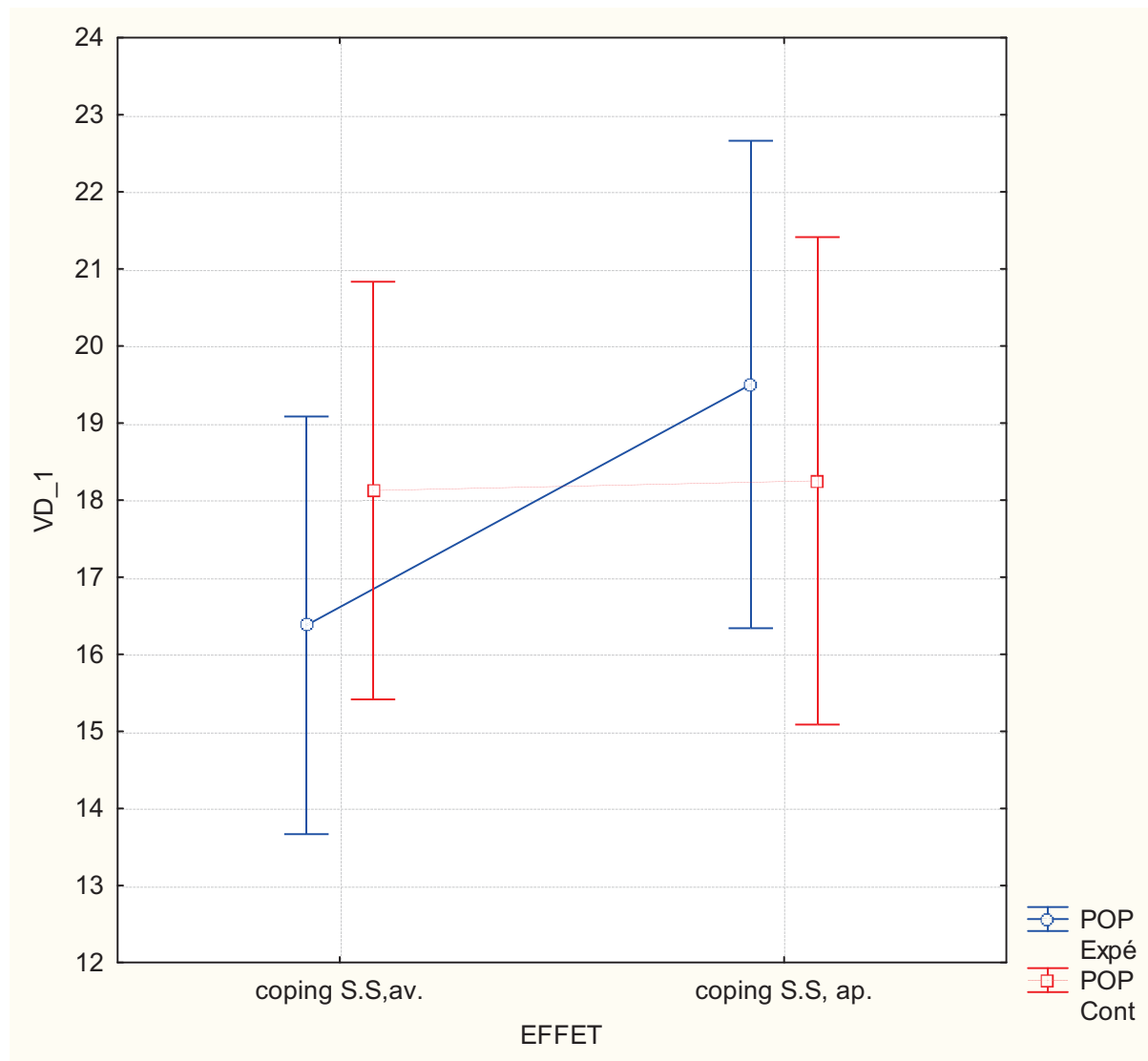


Figure 19. : Résultats à l'échelle de coping (coping soutien sociale), en début et en fin thérapie, pour le groupe expérimentale et contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,01$ ,  $P=0,89$ ], ni le facteur avant- après et ni l'interaction: [ $F(1,14)= 8,99$ ,  $P=0,009$ ], [ $F(1,14)=7,66$ ,  $P=0,01$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre que il n'y a pas des différences entre les deux groupes en début et en fin la thérapie [ $F(1,14)= 0,95$ ,  $P=0,34$ ], [ $F(1,14)=0,35$ ,  $P=0,55$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle ne montre pas un changement dans la performance du groupe après les trois mois [ $F(1,14)=0,02$ ,  $P=0,87$ ]. Par contre, on remarque un changement remarquable dans la performance de groupe expérimental ( $F(1,14)=16,63$ ,  $P=0,001$ ).

Les données précédentes nous permettent de dire que la prise en charge a influencé le groupe expérimental au niveau de coping de soutien sociale. En fin la thérapie, le groupe expérimental a plus utilisé le coping soutien sociale par rapport au début la thérapie.

#### 8.1.4 Résultats à l'échelle de Locus de contrôle :

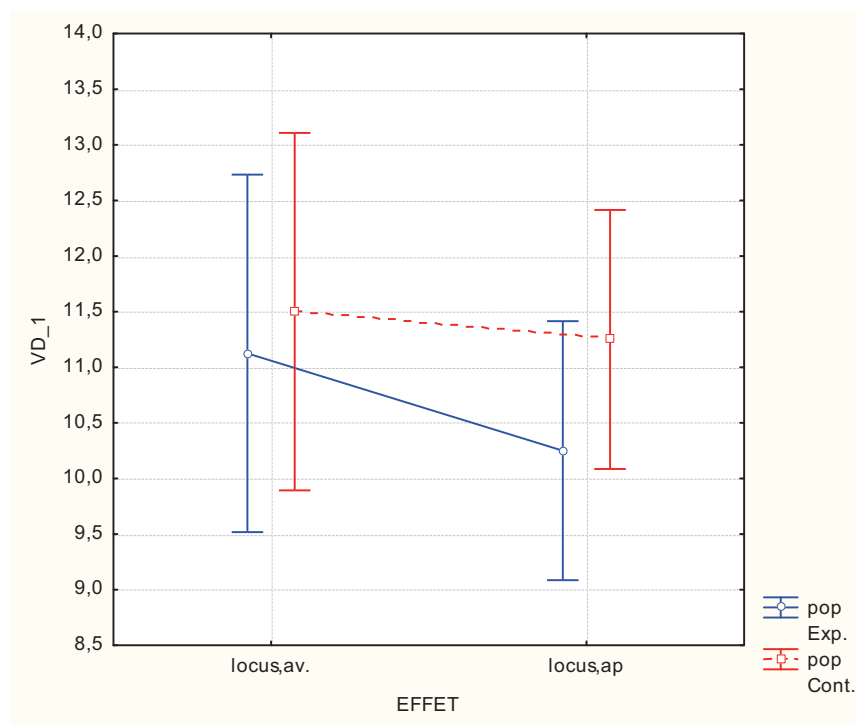


Figure 20. : Résultats à l'échelle du locus de contrôle en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimentale et le groupe de contrôle.

L'analyse des résultats montre que ni le facteur de population [ $F(1,14)=0,60$ ,  $P= 0,45$ ], et ni l'interaction sont significatives [ $F(1,14)=1,33$ ,  $P=0,26$ ]. Par contre, le facteur avant-après est significatif [ $F(1,14)=4,32$ ,  $P=0,05$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre qu'il n'a y pas de changement dans sa performance après trois mois [ $F(1,14)= 0,42$ ,  $P=0,52$ ]. Mais, pour le groupe expérimentale, il y a un changement [ $F(1,14)=5,23$ ,  $P=0,03$ ].

Donc, en fin de thérapie, le locus de contrôle chez le groupe expérimental est devenu plus interne par rapport au début de la thérapie. C'est-à-dire que les patientes, dans le groupe expérimental, et à la fin de la prise en charge, possèdent les croyances en leur capacité de contrôler et diriger leur vie par rapport au début de la prise en charge. Par contre, le groupe de contrôle n'a pas ce changement.

#### 8.1.5 Résultats à l'échelle de Méta- cognition :

##### 8.1.5.1 Les croyances inquiètes positives :

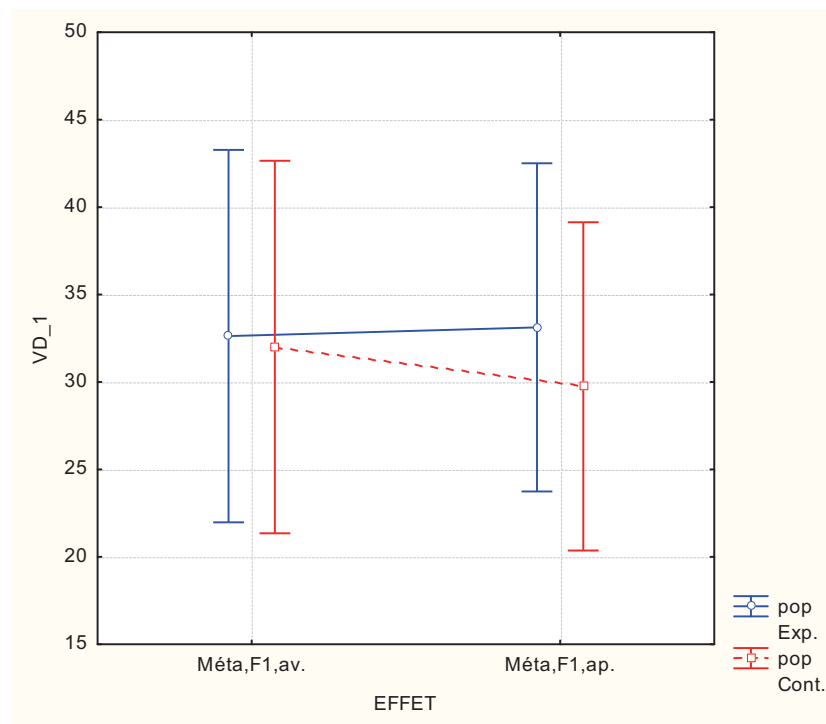


Figure 21. : Résultats à l'échelle de métacognition facteur 1. (la croyance inquiète positive), en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,14$ ,  $P=0,70$ ], ni le facteur avant- après [ $F(1,14)=0,04$ ,  $P=0,83$ ], ni l'interaction [ $F(1,14)=0,11$ ,  $P=0,74$ ]

Par conséquent, la prise en charge n'a pas influencé le facteur 1. (La croyance inquiète positive).

### 8.1.5.2 Les croyances sur le danger incontrôlable

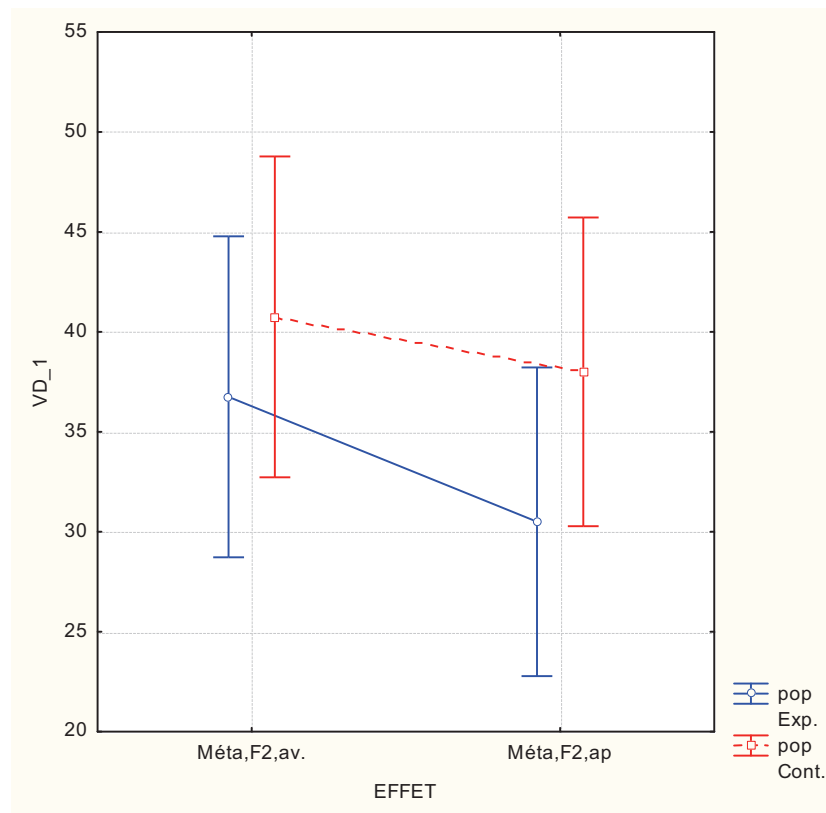


Figure 22 : Résultantes à l'échelle de métacognition F 2. (croyances sur le danger incontrôlable), en début et en fin la thérapie pour le groupe expérimentale et le groupe de contrôle.

L'analyse montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=1,35$ ,  $P=0,26$ ] et pareil pour l'interaction [ $F(1,14)=1,17$ ,  $P=0,29$ ]. Par contre, le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14)=7,75$ ,  $P=0,01$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre qu'il n'y a pas de changement dans sa performance sur ce facteur après les trois mois [ $F(1,14)=1,44$ ,  $P=0,24$ ]. Par contre, on trouve ce changement chez le groupe expérimentale [ $F(1,14)=7,47$ ,  $P=0,01$ ].



Donc, après la prise en charge, la performance de groupe expérimental présente une diminution sur ce facteur (les croyances sur l' incontrôlables et le danger) par rapport au début de la prise en charge par contre le groupe de contrôle ce changement n'apparait pas.

#### 8.1.5.3 Les croyances sur des compétence cognitives :

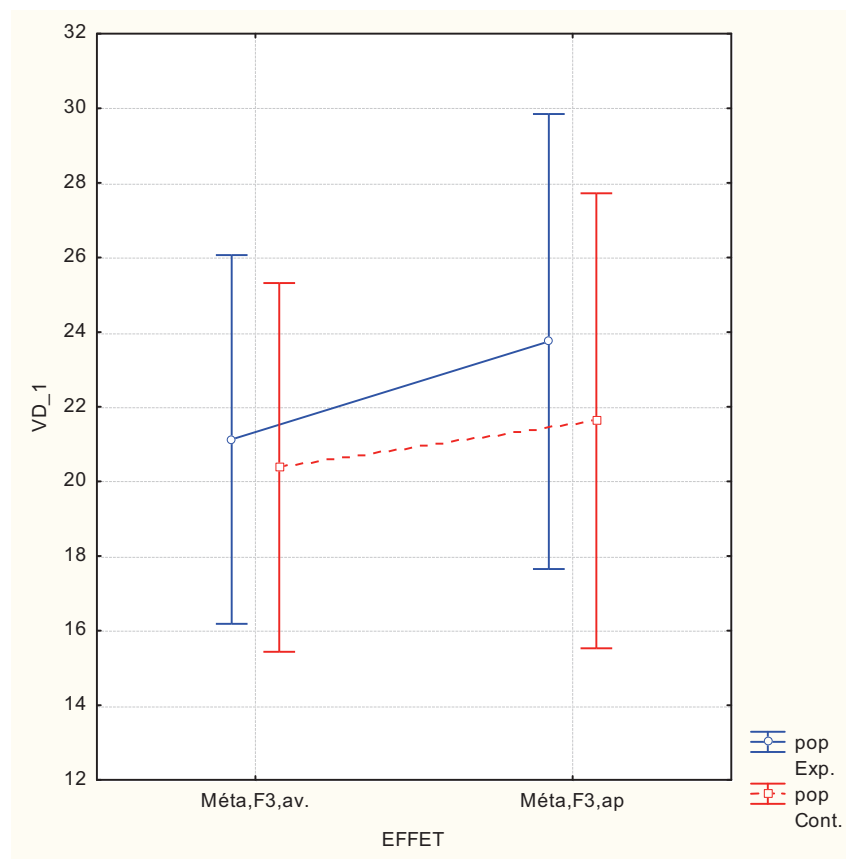


Figure 23. : Résultats à l'échelle de métacognition F 3. (Les croyances sur des compétence cognitives ) :

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,19$ ,  $P=0,66$ ], ni le facteur avant- après [ $F(1,14)=1,43$ ,  $P=0,25$ ], ni l'interaction [ $F(1,14)=1,80$ ,  $P=0,67$ ]

Donc la prise en charge n'a pas fait des effets sur ce facteur chez le groupe expérimental.

#### 8.1.5.4 Les Croyances générales négatives

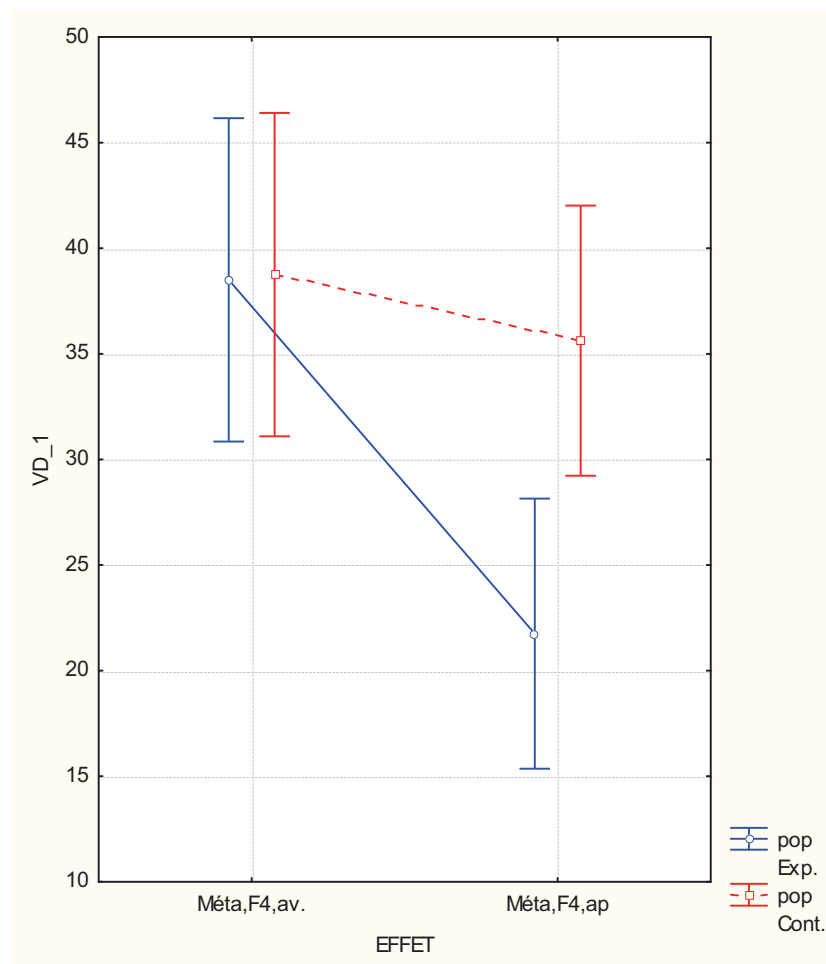


Figure 24. : Résultats à l'échelle de métacognition F 4 (générales croyances négatives) en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14) = 3,12$ ,  $P = 0,09$ ]. Par contre, le facteur avant- après est significatif [ $F(1,14) = 17,35$ ,  $P = 0,0009$ ], et l'interaction est aussi significative [ $F(1,14) = 8,15$ ,  $P = 0,01$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en début la thérapie [ $F(1,14) = 0,002$ ,  $P = 0,96$ ]. Par contre, en fin de thérapie, le groupe expérimental a une baisse sur ce facteur [ $F(1,14) = 10,83$ ,  $P = 0,005$ ].

L'analyse des résultats pour le groupe contrôle montre que le niveau de ce facteur n'a pas changé après de 3 mois [ $F(1,14) = 0,85$ ,  $P = 0,36$ ]. Mais le groupe expérimentale a enregistré une diminution sur le (générale croyances négatives) [ $F(1,14) = 24,65$ ,  $P = 0,0002$ ].

Alors, le groupe expérimental a constaté une diminution dans sa performance sur ce facteur après la prise en charge par rapport au début par contre le groupe de contrôle n'a pas constaté un changement significatif.

#### 8.1.5.5 Les Croyances Cognitives sur l'auto- conscience

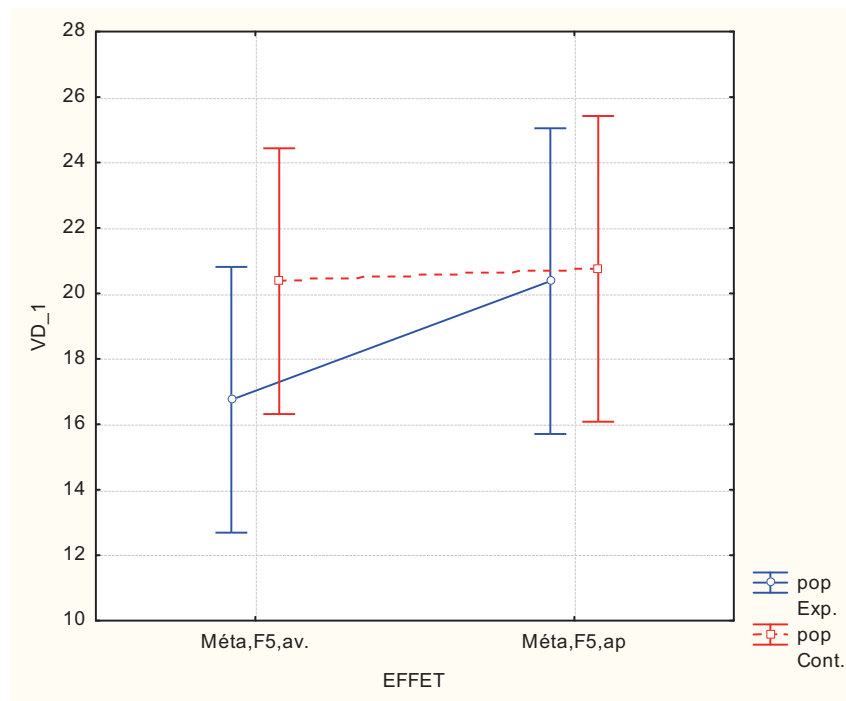


Figure 25. : Résultats à l'échelle de métacognition F 5 (cognitive auto consciencieuse) en début et en fin la thérapie, pour le groupe expérimental et le groupe contrôle.

L'analyse des résultats montre que le facteur population n'est pas significatif [ $F(1,14)=0,55$ ,  $P=0,46$ ], ni le facteur avant- après [ $F(1,14)=3,61$ ,  $P=0,07$ ], ni l'interaction [ $F(1,14)=2,38$ ,  $P=0,14$ ].

L'analyse des résultats avant- après montre qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes en début la thérapie [ $F(1,14)=0,06$ ,  $P=0,80$ ]. Par contre, en fin de thérapie, le groupe expérimental a une baisse sur ce facteur [ $F(1,14)=5,94$ ,  $P=0,02$ ].

Donc, en fin la thérapie, le groupe expérimental a connu une augmentation sur ce facteur (cognitives auto- consciencieuse) par rapport au début la thérapie. Par contre il n'y a pas de changements significatifs chez le groupe de contrôle.

Vu les données précédentes, on trouve que la prise en charge a fait ses effet sur trois facteurs sur cinq pour le groupe expérimental par contre le group de contrôle n'a pas connu ce changement significative.

Ainsi, d'après les résultats obtenus on peut dire que la deuxième hypothèse a été en partie confirmée : les effets de la thérapie de pleine conscience se manifestent par des changements des symptômes mesurés par les échelles de métacognition, coping, locus de contrôle pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle.

Existe-t-il un lien entre les modifications observées sur l'échelle de TCA et les autres mesures effectuées

Dans un premier temps nous nous intéresserons aux corrélations qui pouvaient exister en début de thérapie et dans un deuxième temps à celles qui existent en fin de thérapie.

8.1.6. Les résultats de corrélation en début de thérapie entre l'échelle de TCA et L'échelle de Beck 21 d'une part et les échelles cognitives d'autre part :

8.1.6.1 La corrélation entre l'échelle de TCA et les échelles cognitives :

Pour tester l'hypothèse 3 : on a étudié la corrélation (R) entre la performance de groupe expérimentale **en début** la thérapie sur l'échelle de TCA avec les échelles cognitives (métacognition, coping, locus de contrôle).

Facteur (recherche de la minceur) :

Il y a une corrélation significative et positive entre ce facteur et le facteur (2) de l'échelle de métacognition (croyances sur le danger incontrôlable) :  $R = 0,76$ . Et le facteur (5) (croyance Cognitive sur l'auto- conscience) :  $R = 0,91$ . De plus, on a remarqué qu'il y a une corrélation significative et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R = -0,75$ .

Donc, avant la prise en charge la recherche de la minceur était en liaison avec les croyances de danger et les croyances sur le corps. Plus la patiente constate un degré élevé sur cet axe plus il existe des croyances sur son corps et sur le danger incontrôlable. De plus, plus le degré de ce symptôme est élevé moins que la patiente utilise le coping centré sur l'émotion en face des situations gênantes.

Facteur (l'insatisfaction par rapport à son corps) :

Il y a une corrélation significative et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R = -0,76$

Donc, plus que la patiente a l'insatisfaction par rapport à son corps moins elle utilise le coping centré sur l'émotion.

Facteur (méfiance interpersonnelle) :

Il y a une corrélation significative et positive entre ce facteur et le coping problème :  $R = 0,72$ . En revanche, la corrélation est significative et négative avec le coping émotion :  $R = -0,75$ . Pour les facteurs qui restent, on n'a pas trouvé de corrélation significative.

Donc, plus que la patiente a une méfiance dans ses relations plus que la patiente a tendance à utiliser le coping problème et moins le coping émotion.

Facteur (conscience intéroceptive) :

Il y a une corrélation significative et positive entre ce facteur et le coping problème :  $R = 0,77$ . En revanche, la corrélation est significative et négative avec le coping émotion :  $R = -0,86$ . Pour les facteurs qui restent, on n'a pas trouvé de corrélation significative.

Donc, plus que la patiente a une conscience intéroceptive, plus elle a la tendance à utiliser le coping problème et moins le coping émotion

Facteur (peur de la maturité) :

Il y a une corrélation significative et négative entre ce facteur et le facteur (1) de métacognition (croyances inquiètes positives):  $R = -0,72$ .

Donc, plus la patiente a une peur de la maturité moins il existe chez elle des croyances inquiètes positives

Facteur (Ascétisme) :

Il y a une corrélation significative et positive entre ce facteur et le coping problème :  $R = 0,80$ . En revanche, la corrélation est significative et négative avec le coping émotion :  $R = -0,77$ .

Donc, plus les patientes montrent ce symptôme plus elle a tendance à utiliser le coping problème et moins le coping centré sur l'émotion.

Facteur (contrôle des pulsions)

La corrélation est significative et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R = -0,80$ . Donc, plus les patientes ont des contrôles sur leurs pulsions (sentiments, expressions etc..) moins qu'elles utilisent le coping centré sur l'émotion.

Facteur (insécurité sociale)

La corrélation est significative et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R = -0,80$ .

Donc, plus les patientes ont des sentiments de l'insécurité sociale moins qu'elles utilisent le coping centré sur l'émotion.

Compte tenu des données précédentes, on peut dire que avant la prise en charge, plus les patientes ont des symptômes d'anorexiques plus elles utilisent le coping centré sur le problème et moins qu'elles utilisent le coping centré sur l'émotion. En plus, plus que les patientes ont des symptômes anorexiques plus elles trouvent des métacognitions mesurées par l'échelle de métacognition. Par contre les symptômes anorexiques chez le groupe expérimental, mesurés par l'échelle de TCA, ne sont pas liés au locus de contrôle.

.

#### 8.1.6.2 La corrélation entre l'échelle de Beck 21 et les échelles cognitives :

On a remarqué qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la performance de groupe expérimentale en début la thérapie sur l'échelle de Beck 21 et ce-ci sur l'échelle de

Métacognition, l'échelle de coping, et l'échelle de locus de contrôle.



Ainsi, en début de thérapie la performance de groupe expérimental sur l'échelle de Becke 21 était dépendant des données cognitives mesurées par les échelles utilisées.

En conclusion, vu les données précédentes, on peut dire que avant la prise en charge, plus le groupe expérimental a des symptômes d'anorexiques plus il utilise le coping centré sur le problème et moins qu'il utilise le coping centré sur l'émotion. De plus, les symptômes anorexiques mesurés par l'échelle de Becke (les croyances négatives dysfonctionnelles, la dépression, etc..) ne sont pas liés aux stratégies utilisées par les patientes en face de leurs problème ni au locus de contrôle ni aux métacognitions des patientes.

8.1.7. Les résultats de corrélation en fin de thérapie entre l'échelle de TCA et L'échelle de Beck 21 d'une part et les échelles cognitives d'un autre part :

8.1.7.1 La corrélation entre l'échelle de TCA et les échelles cognitives :

On a aussi étudié la corrélation (R) entre la performance de groupe expérimentale **en fin** la thérapie sur l'échelle de TCA avec les échelles cognitives (métacognition, coping, locus de contrôle).

Facteur (la boulimie) :

Ce facteur a une corrélation significative et positive avec le premier facteur de métacognition (croyances inquiètes positives)  $R= 0,73$ . En plus, on a trouvé la corrélation positive et significative avec le facteur 3 (croyances sur le danger incontrôlable) :  $R=0,75$ .

Donc, après la prise en charge, plus que le groupe expérimental a des performances élevées sur cet axe plus il a des croyances sur du danger incontrôlable et des croyances inquiètes positives.

Facteur (l'insatisfaction par rapport à son corps) :

On trouve une corrélation significatif et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R = -0,73$ .

Donc, plus que le groupe expérimental a une performance élevée sur cet axe moins qu'il utilise le coping centré sur l'émotion.

Facteur (conscience intéroceptive) :

Il y a de corrélation significative et négative entre ce facteur et le coping émotion  $R = -0,75$ . Ainsi, plus la conscience intéroceptive augmente chez le groupe expérimental, moins il utilise le coping émotion en face des problèmes.

Facteur (Ascétisme) :

On a remarqué qu'il y a de corrélation significative et positive avec le avec l'échelle de métacognition sur les facteurs : (croyance inquiètes positives) :  $R = 0,8$ , (général croyances négatives) :  $R = 0,88$ , (croyances cognitives sur l'auto-conscience) :  $R = 0,74$ .

On remarque donc que l'ascétisme est à la fois corrélé positivement avec les croyances inquiètes positives, les croyances cognitives auto- consciencieux, et les générale croyances négatives. En plus, on a remarqué une corrélation significative et négative avec le coping émotion :  $R = -0,88$ . Ce qui signifie que plus l'ascétisme est élevé moins les patientes ont recours au coping émotionnel.

Facteur (insécurité sociale)

On a remarqué qu'il y a une corrélation significative et positive entre ce facteur et l'échelle de métacognition sur les facteurs : (croyance inquiètes positives) :  $R=0,78$ . (générales croyances négatives) :  $R=0,81$ . (croyance cognitive sur l'auto- conscience) :  $R=0,71$ . De plus, il y a une corrélation significative et négative entre ce facteur et le coping émotion :  $R=-0,94$ .

On remarque donc que l'insécurité sociale est à la fois corrélée positivement avec les croyances liées aux inquiétudes positives, avec les croyances générales négatives et avec les croyances cognitives sur l'auto- conscience. De plus, on a remarqué une corrélation significative et négative avec le coping émotion. Ce qui signifie que plus l'ascétisme est élevé, moins les patientes ont recours au coping émotionnel.

En conclusion, en fin de la prise en charge, et chez le groupe expérimental, on peut remarquer, que plus les symptômes anorexiques mesurés par l'échelle de TCA sont présents, moins il utilise le coping d'émotion; par ailleurs, plus les symptômes anorexiques sont présents, plus les métacognitions mesurées par l'échelle de métacognition sont aussi présentes.

#### 8.1.7.2 La corrélation entre l'échelle de Beck21 et les échelles cognitives :

On a remarqué qu'il n'y a pas de corrélation significative entre la performance de groupe expérimental en fin de thérapie sur l'échelle de Beck 21 et ce-ci sur l'échelle de métacognition, l'échelle de coping, et l'échelle de locus de contrôle.

En conclusion, les résultats obtenus en fin de thérapie, concernant la corrélation entre l'échelle de TCA et l'échelle de Beck21 d'une part, et les échelles cognitives d'autre part, sont semblables à ceux que l'on a trouvés en début de thérapie. Ainsi, plus les symptômes anorexiques mesurés par

le TCA et Beck21 augmentent chez le groupe expérimental, moins il utilise le coping émotion ; et plus il utilise le coping problème. Ce qui signifie, que ce qu'il a été confirmé par les deux premières hypothèses (diminutions des symptômes anorexiques après la prise en charge), n'est pas liée aux changements cognitifs mesurés par les échelles cognitives utilisés.

## **9. Conclusion :**

Les résultats ont permis de constater que les deux groupes de participantes, étaient comparables au début de la thérapie. Ce qui signifie que les différences qui ont été obtenues à la fin de la thérapie, ne peuvent pas être imputables à la composition des groupes, mais bien à la différence des prises en charge.

### **9.1 En ce qui concerne l'échelle de Beck21 :**

La prise en charge par la thérapie de pleine conscience a permis de distinguer le groupe expérimental du groupe de contrôle en fin de thérapie, sachant qu'en début de thérapie, les deux groupes étaient équivalents. Si les résultats ont mis en évidence une modification pour les deux groupes, celle-ci est plus importante pour le groupe ayant bénéficié d'une prise en charge basée sur la thérapie de pleine conscience, par rapport au groupe qui n'en a pas bénéficié. On peut donc dire que la thérapie de pleine conscience a fait diminuer la tendance dépressive des personnes plus fortement qu'une autre prise en charge.

### **9.2 Qu'en est-il des troubles de conduites alimentaires évalués par la TCA ?**

Les résultats ont permis de constater que les deux groupes de participantes étaient comparables au début de la thérapie. La prise en charge par la thérapie de pleine conscience a distingué le groupe expérimental du contrôle sur trois dimensions : la recherche de la minceur, l'inefficacité,

l'insatisfaction par rapport au corps. Ces résultats signifient qu'en fin de thérapie le groupe des anorexiques ayant bénéficié de la prise en charge par la thérapie de pleine conscience, sont moins dans une recherche de la minceur, que le groupe n'ayant pas bénéficié de cette prise en charge. De plus le sentiment d'inefficacité et d'insatisfaction par rapport au corps, ont été diminués chez le groupe expérimental, par rapport au début de thérapie et par rapport au groupe de contrôle.

La prise en charge par la thérapie de pleine conscience a permis de modifier les troubles des conduites alimentaires, sur l'ensemble de ces dimensions sauf sur la boulimie. Comme nous l'avons déjà dit, ce résultat peut être expliqué par le fait que ce groupe de personnes a été choisi au hasard, parmi les patientes diagnostiquées comme anorexiques strictes (sans boulimie).

Par contre, chez les personnes qui n'ont pas bénéficié de la thérapie de pleine conscience, les modifications ont porté seulement, sur le facteur de l'insatisfaction par rapport au corps.

On peut conclure que la thérapie cognitive de "pleine conscience", a diminué les symptômes anorexiques mesurés par l'inventaire de troubles alimentaire : TCA comparée à une prise en charge ne mettant pas en œuvre cette thérapie

### 9.3. Les stratégies de coping

Les résultats ont permis de constater que les deux groupes de participantes étaient comparables au début de la thérapie. En fin de thérapie on a pu constater que le groupe expérimental, a abandonné la stratégie de coping centrée sur l'émotion pour les stratégies basées sur le problème et le soutien social. En revanche, nous n'avons pas trouvé ce changement chez le groupe contrôle.

#### 9.4. Le locus de contrôle :

En début de thérapie, nous n'avons pas trouvé des différences significatives entre les deux groupes, ce qui nous permet de comprendre les effets de la prise en charge par la pleine conscience chez le groupe expérimental après la thérapie. Nous avons remarqué que le groupe expérimental a, après la prise en charge, un locus de contrôle plus interne qu'au début de la thérapie, par rapport au groupe de contrôle qui a le locus de contrôle externe et interne.

#### 9.5. La méta- cognition :

En début de thérapie, il n'y avait pas de différences significatives entre les deux groupes, ce qui nous permet de comparer les deux groupes après la thérapie. En fin de thérapie, nous avons vu que la prise en charge n'a pas eu des effets sur les facteurs (croyances inquiète positive, croyance sur les compétences cognitives). Par contre le groupe ayant bénéficié de la thérapie de pleine conscience, montre un changement significatif sur les facteurs croyance sur le danger incontrôlable, croyance cognitive sur l'auto- conscience, croyances générales négatives, ce qui signifie que les méta- cognitions chez les patientes, ont changé après la prise en charge. En plus, nous trouvons que la prise en charge n'a pas distingué le groupe expérimental de groupe de contrôle, qu'uniquement au niveau du facteur croyances générales négatives)

Donc, les effets de la thérapie de pleine conscience se manifestent par des changements des symptômes mesurés par les échelles de métacognition, coping, locus de contrôle pour le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle.

#### 9.6 Existe-t-il des liens entre les différentes mesures effectuées ?

A la vue des résultats statistiques, on ne trouve pas des relations entre la diminution des symptômes anorexiques mesurés par (TCA) et (Beck21) d'une part, et les changements cognitifs mesurés par les échelles de (métacognition, coping, locus de contrôle) d'une autre part, chez le groupe expérimental en fin la thérapie. Donc, la troisième hypothèse : « On observera de corrélation entre la diminution des symptômes anorexiques mesurés par (TCA) et (Beck21) d'une part et la diminution de la performance cognitive sur les (échelles de métacognition, coping, locus de contrôle) d'un autre part, chez le groupe expérimental en fin la thérapie » n'a pas été confirmée. Mais on peut remarquer certaines valeurs de (R) qui sont importantes.

Pour le facteur « recherche de la minceur », on a trouvé une corrélation significative et positive avec les facteurs « croyances sur le danger incontrôlable », et « des croyances cognitives sur l'auto- conscience » ; de plus, il existe une corrélation significative et négative avec le coping émotion. C'est à dire que, plus la patiente a ce symptôme d'intensité élevée, plus elle a des croyances sur l'auto- conscience et sur le danger incontrôlable ; d'autre part, elle utilise moins le coping émotion.

Pour les facteurs : « l'insatisfaction par rapport à son corps, la conscience intéroceptive, l'ascétisme et l'insécurité sociale », il y a une corrélation négative avec le coping émotion. Plus les performances augmentent sur ces facteurs, plus la patiente utilise le coping émotion face aux situations gênantes. Par contre, les facteurs « méfiances inter personnelles, conscience intéroceptive et l'ascétisme » ont une corrélation significative et positive avec le coping problème ; c'est-à-dire, plus ces symptômes sont présents chez une patiente, plus elle utilise le coping problème en face des situations gênantes.

## **10 L'analyse qualitative d'échantillon de St. Étienne**

Nous présentons les résultats obtenus à l'hôpital de Bellevue à Saint Etienne, sous la forme d'une analyse qualitative, car le faible nombre de personnes incluses ne permet pas d'effectuer des analyses statistiques valides. Par ailleurs nous n'avons pas voulu inclure les patientes de St Etienne dans le groupe de Lyon car les situations ne sont pas comparables. Cette analyse qualitative permettra de montrer le déroulement des séances thérapeutiques de trois patientes de 14 à 19 ans, hospitalisées à l'unité des troubles de conduites alimentaires.

La thérapie cognitive a été appliquée sur les patientes pendant trois mois, en raison de deux séances par semaine. En plus, elles ont reçu d'autre type de thérapie : balnéo thérapie, massage physique, repas thérapeutiques, psychométries, et la thérapie comportementale en utilisant la gratification en cas d'amélioration. Une évaluation a été faite pour les trois patientes en début et en fin de la prise en charge.

### **10.1 La première patiente : Mlle. B.**

Selon le discours de la patiente les symptômes suivants sont précisés dès les premières séances :

- Angoisse, peur et tristesse généralisées, pessimisme avec des idées noires par rapport à sa situation, à son entourage et son avenir.
- Peur, angoisse, tremblement corporel, et mal au ventre précédant les repas et post-prandiale.
- Désespoir de la guérison.



- Crise d'angoisse ou la patiente griffe son corps de façon violente.
- Trouble du sommeil.
- Crises de boulimie associées à des vomissements, et pour cette raison le toilette est fermé dans sa chambre.
- Cauchemars liés à une agression sexuelle et liés à l'hôpital.
- Sentiments intenses de culpabilité à cause de l'agression sexuelle car elle se considère soi-même la responsable pour ce qui c'est passé.
- Sentiments mélangés de haine et d'agressivité contre son corps qu'elle trouve sale, gênant et incontrôlable (à cause de l'agression sexuelle, l'abandon par son copain, et sa maladie).
- L'agressivité et la haine contre son père qui est éthylique chronique. Elle le considère Co-responsable (avec elle) vit-à vis de cette agression sexuelle et des problèmes dans sa famille.
- La honte de son père des qu'il vient au service pour lui rendre visite.
- Perte de sensation de sécurité dans n'importe quel endroit (chez sa mère, chez ses grands-parents, ou à l'hôpital).
- Perte de confiance aux autres et à soi-même.
- Sensation d'étouffement pendant la journée surtout nocturne.
- Aménorrhée.

La patiente avait vécu une expérience difficile par son passé pendant l'un de ses voyages avec son père. Un ami de son père l'a violée quand son père était en dehors de l'hébergement. La patiente a déclaré que la situation tourne toujours dans sa tête, ce qui provoque le blocage pendant les repas. Nous avons remarqué que l'équipe soignante n'est pas au courant de ce fait violent ; il n'y avait que la psychiatre qui la suivait, qui savait cette histoire. Malheureusement, cette psychiatre avait du prendre un congé maternité. Donc, ce fait violent, était ignoré par l'équipe soignante de la patiente. Ainsi, l'estimation de la situation de la patiente par cette équipe était différente de la nôtre. Par exemple, quand la patiente a commencé à prendre du poids et à recontacter l'extérieur, son père lui a proposé de l'accompagner pour son voyage aux Etats-Unis. La patiente a refusé, surtout qu'elle croyait qu'il était au courant de l'agression qu'avait commis son ami quand elle était avec lui en voyage. Pour nous, c'est un signe de l'indépendance de la patiente et sa capacité de dire non, de choisir ce qui est bien pour elle, surtout que le voyage aux Etats-Unis c'est quelque chose de motivant pour un jeune français. Par contre, puisque l'équipe n'était pas au courant de l'agression, elle a trouvé que ce refus était un signe du repliement et du manque de désir de contact avec l'entourage.

Après avoir expliqué à la patiente le mécanisme du mal-être qu'elle vit, et les séries de ruminations négatives dans ce cercle vicieux, nous avons commencé la concentration pour que la patiente puisse sortir du cercle vicieux de sa maladie.

Nous avons demandé à la patiente de décrire la situation, les personnages, les discussions entre les personnages, et la solution, tout en remarquant ses émotions et ses sentiments corporels.

Ensuite, la patiente a été invitée à gérer la situation comme elle l'a souhaité et pas comme elle l'a vécu, tout en restant comme un observateur à l'extérieur de cette situation.

Donc la concentration a inclus deux étapes :

La situation réelle comme la patiente l'a vécue et la situation contrôlée par la patiente.

Le but :

- faire comprendre à la patiente qu'elle est la contrôleuse de ses idées et en conséquence, des émotions et des sentiments corporels provoqués par ces idées.
- Lui faire découvrir que les pensées et les idées sont des phénomènes mentaux contrôlables si nous sommes assez conscients de nos pensées et de leurs mécanismes. et que c'est tout à fait le contraire, si nous choisissons d'être submergés par elles.

À la fin de thérapie, la patiente a précisé les points d'amélioration suivants :

- Pas d'Angoisse, pas de peur et tristesse ou pessimisme.
- Pas du tremblement corporel ou mal au ventre précédant les repas et post- prandiale.
- Pas de Crise d'angoisse ou la patiente griffe son corps de façon violente.
- Sommeil bien.
- Pas de Crises de boulimie associées à des vomissements, et le toilette n'est plus fermé dans sa chambre.
- Pas de Cauchemars.
- Pas de Sentiments de culpabilité.
- Acceptation de son père et sa situation et vision positive vers l'avenir.

- retrouver la confiance aux autres et à soi-même.
- Pas de sensation d'étouffement pendant la journée surtout nocturne. (symptôme était très gênant et fréquent chez la patiente).
- Retrouver ses règles.

Voici les résultats de patiente en début et en fin la prise de en charge, selon les échelles d'évaluation :

L'échelle de TCA		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Recherche de la minceur	17	6
2. Boulimie	13	7
3. Insatisfaction par rapport à son corps	19	7
4. Inefficacité perfectionnisme	16	8
5. Perfectionnisme	4	2
6. Méfiance interpersonnelle	19	6
7. Conscience intéroceptive	7	0
8. Peur de la maturité	14	6
9. Ascétisme	6	0
10. Contrôle des pulsions	12	5
11. Insécurité sociale	20	9

(Tableaux 1. Les résultats de Mlle B sur l'échelle de TCA en début et en fin la thérapie)

**Beck21 (avant) = 23**

**Beck21 (après)= 0**

En remarquant le tableau précédent et en le comparant par le tableau de résultats avant la prise en charge par la pleine conscience, on trouve que il y a une diminution dans les performances de patiente sur tous les axe de l'échelle de TCA et sur l'échelle de Becke qui est vraiment remarquable.

L'échelle de métacognition		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. positive worry belief	33	39
2. Belief about uncontrollability and danger.	52	44
3. Belief about cognitive competence.	27	29
4. General negative beliefs (including responsibility, superstition and punishment	39	31
5. Cognitive self-consciousness	19	23

(Tableau 2. Les résultats de Mlle B. sur l'échelle de méta- cognition en début et fin la thérapie)

En comparant les deux tableaux « avant et après » on trouve que il y a des changements dans les résultats sur les échelles cognitives. Nous avons remarqué qu'il y a une augmentation dans les facteurs (croyances inquiètes positives), (croyances sur les compétences cognitives), et (croyances sur l'auto-conscience) chez la patiente en fin de thérapie par rapport au début de thérapie. En revanche, il y a une diminution dans les facteurs (croyances sur le danger incontrôlable), et (Générales croyances négatives) chez la patiente en fin la thérapie par rapport au début la thérapie.

L'échelle de coping		
Le type de coping	Les notes (avant)	Les notes (après)
Le coping problème	19	22
Le coping émotion	32	28
Le coping soutien social	20	22

(Tableau 3. Les résultats de Mlle B. sur l'échelle de Coping)

En comparant les deux tableaux « avant- après » , on trouve que la patiente a tendance à utiliser le coping problème et le coping soutien sociale plus que le coping émotion en fin la thérapie par rapport au début la thérapie ou la patiente où elle a utilisé plus le coping centré sur l'émotion et le coping soutien sociale.

**Locus de contrôle** (avant) =10

**Locus de contrôle** (après) = 9

En comparant les deux résultats du locus de contrôle « avant et après » la prise en charge par la pleine conscience, on trouve que le locus était interne et il est devenu encore plus interne.

## **10.2 La deuxième patiente : Mlle. M.**

Le cas le plus impressionnant parmi les patientes, c'est le cas de Mathilde qui était dans cette maladie depuis l'âge de 11 ans. Elle a été hospitalisée plusieurs fois et chaque fois qu'elle sortait de l'hôpital, elle rechutait à nouveau à cause d'une nouvelle perte de poids. À l'hôpital elle était dans un cadre fermé. (Interdit de sortir de sa chambre ou ouvrir la fenêtre). Une patiente enfermée, calme, évite tous les contacts possibles avec l'équipe soignante. Dans les entretiens, le discours de la patiente se réduisait, à deux mots : « non, oui »

Elle a été hospitalisée à l'hôpital de Bellevue depuis 8 mois où elle avait 35 kilo et son poids était stabilisé autour de 36 kilo moins ou plus. Et après un mois de la prise en charge elle a commencé la prise de poids où elle est parvenue à 37 kilo et le mois après, elle a encore pris un kilo donc, à la fin de trois mois de la prise en charge, la patiente avait pris deux kilo avec une prise régulière sans perte, par contre pendant les 8 mois d'hospitalisation elle avait pris seulement un kilo avec une succession de perte et prise irrégulière.

Mais, pourquoi la patiente, a eu besoin de cette période au début (un mois), pour qu'elle commence à prendre du poids.

Nous pouvons supposer plusieurs facteurs. En fait, la patiente était dans un cadre fermé, alors elle ne pouvait pas sortir de sa chambre et faire des exercices physiques tels que les tâches à domicile. Par exemple si nous demandons à la patiente de pratiquer la pleine conscience, pendant qu'elle

est avec les autres patientes, elle ne le pouvait pas. Donc, nous étions obligés de trouver d'autres types d'exercices, toujours individuels, jusqu'à ce qu'elle récupère un certain poids, afin qu'elle puisse sortir de sa chambre et contacter avec les autres.

Nous pouvons supposer le facteur du temps (la longue période de sa maladie). Ça fait neuf ans qu'elle a cette maladie, alors que les autres patientes, ont leur maladie depuis un an ou deux.

Le dernier facteur que nous pouvons supposer, c'est le bénéfice secondaire. La patiente a une mère avec une personnalité forte, qui dirige la maison tout en travaillant, ce qui la fait rester toujours loin de ses enfants. Elle (la mère) a aussi une obsession de nettoyage. Elle passe la plupart de son temps en nettoyant la maison et le bar et en criant sur ses enfants (la patiente et son frère). Cette situation rend la vie de la patiente insupportable à la maison. En plus, la famille habite loin des amis de la patiente, donc, pas de possibilité de sortir de la prison de la mère.

Ainsi, la patiente préfère rester hospitalisée, car elle est tranquille avec son équipe soignante compréhensive, qui prend soins d'elle, tout en ressentant l'intérêt que la famille et, surtout sa mère, porte sur elle ; en plus, il n'y a pas de responsabilité de présence scolaire.

En début de la thérapie et selon le discours de la patiente les symptômes suivants sont précisés :

- Mal au ventre avant et après le repas.
- Mal dormir malgré les médicaments.
- Peur de prendre des poids (peur de grossir).
- Peur, angoisse et tremblement dès que l'heure du repas approche.
- Peur et sensation gênante au ventre après le repas.



- Désespoir de la guérissons.
- Difformité de l'image de corps (je suis discret par rapport ce symptôme. En faite selon le discours de la patiente on peut dire qu'elle a une image déformée de son corps mais, ultérieurement, et au cours de la thérapie, le contraire a été découverts).
- En fermée, contacts très rares avec les autres patients.
- Conteste qu'elle est malade et que sortir de l'hôpital car ce n'est pas nécessaire.

L'estimation de la patiente sur son cas, en fin la thérapie est la suivant :

- Diminution de la sensation de mal au ventre avant et après les repas.
- Bonne qualité de sommeil.
- Pas de peur de prendre du poids.
- Pas de tremblement à l'heure de l'approche des repas.
- Pas de sensation de Peur et de gêne au ventre après les repas.
- Acceptation de sa maladie et envie de changer.

Les résultats de patientes en début et en fin la thérapie

L'inventaire des troubles alimentaires (TCA)		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Recherche de la minceur	14	5
2. Boulimie	0	0
3. Insatisfaction par rapport à son corps	16	6
4. Inefficacité perfectionnisme	15	3
5. Perfectionnisme	9	5
6. Méfiance interpersonnelle	9	8
7. Conscience intéroceptive	10	4
8. Peur de la maturité	14	9
9. Ascétisme	9	3
10. Contrôle des pulsions	3	2
11. Insécurité sociale	15	6

(Tableaux 4. Les résultats de Mlle M. sur l'échelle de TCA en début et en fin la thérapie)

En comparant les deux tableaux avant- après » nous remarquons que la performance de la patiente a diminuée sur l'échelle de TCA en fin la thérapie, par rapport au début de la thérapie.

**Beck21 (avant) =27**

**Beck21 (après) =6**

Pour la dépression et les croyances négatives irrationnelles et dysfonctionnelles, mesurées par Beck21, on a remarqué que la performance des patientes a diminuée après la prise en charge.

La métacognition		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. positive worry belief	20	28
2. Belief about uncontrollability and danger.	40	30
3. Belief about cognitive competence.	21	28
4. General negative beliefs (including responsibility, superstition and punishment	42	33
5. Cognitive self- consciousness.	16	20

(Tableau 5. Les résultats de Mlle M. sur l'échelle de méta- cognition en début et fin la thérapie)

En remarquant les résultats dans les deux applications, nous avons remarqué que les facteurs liées aux croyances positives et aux cognitives compétences et aux «auto- conscience » ont augmenté chez la patiente en fin la thérapie par rapport au début la thérapie. Le changement a aussi touché les facteurs (croyance sur le danger incontrôlable), croyance générales cognitives). Ces facteurs ont diminué chez la patiente après la thérapie par rapport au début la thérapie

L'échelle de coping		
Le type de coping	Les notes (avant)	Les notes (après)
Le coping problème	29	34
Le coping émotion	29	27
Le coping soutien social	28	30

(Tableau 6. Les résultats de Mlle M. sur l'échelle de Coping)

Pour l'échelle de coping, la patiente a tendance à utiliser le coping problème et le coping soutien sociale plus que le coping émotion en fin la thérapie par rapport en début la thérapie où la patiente a plus utilisé les coping problème et émotion.

**Locus =10**

**Locus= 11**

Après la prise en charge on n'a pas remarqué de changement dans le locus de contrôle de patiente, il a resté tel qu'il est avant la thérapie : interne.

### 10.3 La troisième patiente :Mlle J.

La dernière patiente est un cas simple, la patiente a bien répondu au processus thérapeutique.

Selon le discours de la patiente les symptômes suivants sont précisés :

1. Angoisse très intense surtout au moment du repas.

2. Sensation d'étouffement surtout le soir.
3. Peur intense de tous.
4. Peur de prendre du poids et de grossir mais en même temps, envie de prendre du poids pour sortir de l'hôpital.
5. Refuse l'hospitalisation.
6. Aménorrhée.
7. Mal au ventre avant et après le repas. Voici les résultats de patiente au début la thérapie.

Les résultats aux échelles en début et en fin la thérapie sont les suivants:

En fin la thérapie, l'estimation de patient de son cas était le suivant :

1. Acceptation de l'hospitalisation.
2. Pas d'angoisse surtout au moment du repas.
3. Pas Sensation d'étouffement.
4. Retrouver sa vie normale
5. Acceptation de reprendre du poids
6. Pas de mal au ventre avant et après le repas.

Les résultats de patiente en début et en fin la thérapie sur l'échelle d'évaluation :

L'inventaire des troubles alimentaires (TCA)		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Recherche de la minceur	15	2
2. Boulimie	3	1
3. Insatisfaction par rapport à son corps	17	3
4. Inefficacité perfectionnisme	7	1
5. Perfectionnisme	4	2
6. Méfiance interpersonnelle	2	0
7. Conscience intéroceptive	9	0
8. Peur de la maturité	5	1
9. Ascétisme	1	0
10. Contrôle des pulsions	4	3
11. Insécurité sociale	8	1

(Tableaux 7. Les résultats de Mlle J. sur l'échelle de TCA en début et en fin la thérapie)

En comparant les deux résultats des résultats avant et après, on trouve qu'il y a une diminution dans la performance de patiente sur l'échelle de TCA en fin la thérapie par rapport au début la thérapie.

**Beck 21(avant) = 34**

**Beck21(après) = 2**

Pour l'échelle de Beck 21 aussi il y a une diminution dans la performance de patiente en fin la thérapie par rapport au début de thérapie.

L'échelle de métacognition		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. positive worry belief	32	33
2. Belief about uncontrollability and danger.	46	37
3. Belief about cognitive competence.	24	28
4. General negative beliefs (including responsibility, superstition and punishment)	44	36
5. Cognitive self- consciousness.	19	23

(Tableau 8. Les résultats de Mlle M. sur l'échelle de méta- cognition en début et fin la thérapie)

Pour l'échelle de métacognition, on remarque qu' il y a une augmentation dans la performance de patiente sur les facteurs de (croyances inquiètes positives), (croyance sur les compétence cognitives) et le facteur (cognitive auto-conscience), en fin la thérapie par rapport au début de thérapie. En plus, il y a une diminution dans la performance de patiente sur les facteurs (croyance sur le danger incontrôlable) et (croyances générales négatives) en fin la thérapie par rapport au début la thérapie.

L'échelle de coping		
Le type de coping	Les notes (avant)	Les notes (après)
Le coping problème	31	35
Le coping émotion	34	31
Le coping soutien social	21	22

(Tableau 9. Les résultats de Mlle J. sur l'échelle de Coping)

Pour l'échelle de coping, on remarque que la patiente a tendance à utiliser le coping problème et le coping soutien sociale plus que le coping émotion en fin la thérapie par rapport en fin la thérapie.

**Locus (avant) =12**

**Locus (après) = 11**

En comparant les deux résultats, on remarque que le locus de contrôle est devenu, en fin la thérapie, devenue interne, par contre il était externe.

## 11. Conclusion du travail de l'Hôpital de St Etienne

Vu les données précédentes, et vu les courbes des patientes, nous trouvons que la prise en charge par la pleine conscience a fait ses effets sur les trois patientes. Les symptômes anorexiques ont diminué et les patientes ont des changements cognitifs importants. Après la thérapie, le locus de contrôle est devenu interne par rapport au début de la thérapie, et les patientes ont adapté le coping centré sur le problème et le soutien social par rapport au début la thérapie ou elles ont plus



adapté le coping émotion. Il en est de même pour l'observation personnelle : on a remarqué que les patientes sont devenues plus ouvertes, plus motivées à reprendre leur « vie normale ». Après la thérapie, les patientes sont orientées vers la vie, l'entourage, les études, le travail, et le futur, par contre, avant la thérapie, elles étaient toutes centrées sur leur maladie et leur corps sans pouvoir penser à autre chose et sans espoir d'arriver à la guérison de cette maladie. Deux de ces trois patients ont quitté l'hospitalisation après ces trois mois de prise en charge, et l'autre (Mlle M.) qui a resté, et continué l'amélioration de façon régulière sans vibration dans la prise du poids et sans régression.

## **12. Discussion Générale :**

Dans cette étude nous avons présenté le concept « thérapie cognitive », qui a commencé pratiquement dans les années (60 ) par Beck qui a utilisé le terme "psychothérapie cognitive" après avoir eu connaissance des thèses de Kelley (1931) et constater la convergence avec ses propres idées, en adoptant les principaux cadres conceptuels pour formuler sa propre théorie. Mais il abandonna rapidement la notion de construits pour le terme de "schémas" et commença étudier les troubles de l'humeur pour les quelles il établira des échelles d'évaluation: BDI (Beck Depression Inventory). Ce type de thérapie dépend sur plusieurs principes nécessaires pour l' pratiquer :

- l'alliance thérapeutique est un contrat entre le patient et le psychothérapeute, basé sur l'acceptation inconditionnelle du patient tel qu'il est, et sur la compréhension totale de ce qu'il vit, sans jugement et sans critiques.

- L'analyse fonctionnelle qui représente une estimation détaillée du problème par le psychothérapeute à la participation indispensable de patiente. Et qu'il peut être pratiqué sous plusieurs formes comme grille d'IDEA, SECA et le cercle vicieux.

La thérapie cognitive cible la restructuration cognitive chez le patient pour remplacer les pensées négatives dysfonctionnelles par d'autres plus réelles. Ce but atteint en utilisant les techniques suivantes : le questionnement socratique, la colonne de Beck, et la flèche descendante, la technique pour/contre, et la technique avantage/désavantage.

La thérapie cognitive a été présentée pour ouvrir la porte pour notre principale sujet : la thérapie cognitive de pleine conscience qui représente une nouvelle orientation dans le comprendre et le traitement des troubles psychiques. Elle consiste à porter intentionnellement attention aux expériences internes ou externes du moment présent, sans porter de jugement. La thérapie de dernière profite des mêmes techniques de thérapie cognitive et même principe mais il y a des différences principales devenues très claires au niveau pratique représentées par les deux axes :

- I. État d'esprit : la pleine conscience est un état d'esprit où le patient soit bien vigilant à tout ce qui s'est passé dans le cerveau et le corps. Ce n'est pas une simple relaxation ou simple geste de détendre c'est « bien surveiller »
- II. Le mode être : dans la pleine conscience, on reçoit les informations telles qu'elles sont, sans jugement, sans filtre et sans attente dans cette thérapie la plus importante que « je sois là à ce moment » et pas « faire à ce moment ».

La thérapie cognitive de pleine conscience a beaucoup été appliquée chez les troubles d'humeur comme les dépressifs pour gérer les stress et prévenir la rechute mais elle n'était pas testée « à

notre connaissance chez les trouble psychosomatique comme l'anorexie mentale. Dans ce travail, nous avons défini l'anorexie mentale et ses types principaux (avec ou sans boulimie) avec des facteurs qui sont les plus influant sur cette maladie. Plusieurs formes ont été utilisées pour traiter l'anorexique (pharmacologie, psychothérapie.etc.) mais aucun parmi ces formes n'a été considéré comme un traitement stable, efficace et unique pour l'anorexique. Ce qui laisse la porte ouverte pour plusieurs mise en ouvre des moyens et des protocoles à fin de tester son efficacité.

Dans ce but, cette recherche a été conduite pour éprouver l'efficacité de la thérapie cognitive et plus particulièrement de la thérapie de pleine conscience chez les anorexiques en la considérant comme une moyen indépendant de traiter les symptômes et pas un simple exercice de gestion du stress. Les hypothèses à éprouver étaient de confirmer que pratiquer la thérapie de pleine conscience, fait diminuer les symptômes anorexiques mesurées par des outils d'évaluations choisis : l'échelle de TCA et l'échelle de Beck<sup>21</sup>. De plus, il s'agissait de confirmer que pratiquer la thérapie de pleine conscience produit des changements cognitifs mesurés par les trois outils choisis : l'échelle de méta- cognition, le locus de contrôle, l'échelle de coping. Enfin, notre but était d'étudier la liaison entre les mesures effectués par les échelles mentionnés. Notre étude a été démarrée dans deux établissements : clinique de St. Vincent de Paul à Lyon et l'Hôpital de Bellevue à St. Etienne. Avec notre échantillons de Lyon, on a utilisé l'analyse quantitative pour traiter les résultats par contre à St. Etienne, et parce que l'échantillon de St. Etienne se compose de (3) patientes, on a resté sur l'analyse qualitative pour montrer le changement après la prise en charge par la pleine conscience.

### 12.1 Echantillon de Lyon :

12.1.1 Au niveau des symptômes anorexiques : Les résultats montrent que le groupe expérimental et après la prise en charge par « la pleine conscience », a connu une diminution remarquable dans tous les symptômes anorexiques par rapport au début de thérapie et par rapport au groupe contrôle qui a présenté une diminution sur un seul facteur (insatisfaction par rapport au corps), et sur l'échelle de Beck<sup>21</sup>, en remarquant que cette diminution était moins importante que celle du groupe contrôle.

12.1.2 Les changements cognitifs :

12.1.2.1 les stratégies de coping : En fin de thérapie on a pu constater que le groupe expérimental a abandonné la stratégie de coping centrée sur l'émotion pour les stratégies basées sur le problème et le soutien social. En revanche, nous n'avons pas trouvé ce changement chez le groupe contrôle.

12.1.2.2 Le locus de contrôle : le groupe expérimental et après la prise en charge est devenu avec un locus interne plus remarquable par rapport au début de thérapie où le groupe était interne et externe, et par rapport au groupe contrôle qui est avec un locus de contrôle externe .

12.1.2.3 Les méta- cognitions : les cognitions mesurées par l'échelle de MQC ont changé chez le groupe expérimental qui a des performances élevées par rapport au début de la thérapie et par rapport au groupe de contrôle. Mais ce changement n'était pas dans le sens prévu.

Les résultats obtenus paraissent logiques, car ils s'accordent avec les résultats obtenus sur l'échelle de Beck 21 où la performance du groupe expérimental a diminué de façon significative, après la prise en charge, et le groupe s'est orienté vers le coping externe (centré sur le problème et le

soutien social) plus que le coping interne (centré sur l'émotion). Ce qui peut être expliqué par la pathologie de la dépression qui représente une mauvaise adaptation avec le soi et l'entourage. Les déprimées adoptent, généralement, une stratégie inefficace, centrée sur l'émotion appariée avec certains types de comportement inadaptés comme l'isolement et l'évitement. Endler et Parker, (1990) et Costa et McCrae, (1990), ont démontré un lien entre le névrosisme (comme la dépression et l'anxiété) et un coping centré sur l'émotion. Selon Matthew et Macleod (1994), les biais cognitifs, dans la dépression, promeuvent le dysfonctionnement émotionnel qui conduit, à son tour, à une stratégie inefficace en face des situations problème.

Les résultats obtenus s'accordent aussi avec le travail de Nolen et al. (1993), qui a abordé un aspect important dans la dépression : la rumination. Ruminer sur une situation gênante et se focaliser sur sa détresse sera plutôt mal adapté. Cette tendance aura pour effets pas seulement un stress psychologique important mais elle empêche aussi l'utilisation des stratégies fonctionnelle externe centrées sur le problème ou demander l'aide d'autrui.

Dans le même sens, Chabrol et Challahn (2004), dans leur recherche sur l'intervention qui cible spécifiquement les stratégies de coping, ont trouvé une amélioration dans la capacité générale à résoudre les problèmes. Selon eux la recherche concernant les interventions thérapeutiques sur le coping indique que la thérapie peut avoir des effets importants sur l'amélioration du choix des stratégies dans les troubles psychologiques.

Beulter et al, (1991) ont évalué le style de coping (externe et interne), ainsi que le style de défense (plus ou moins défensif) en fonction du type de thérapie (cognitive de groupe, autodirigé ou psycho-dynamique). Ils ont remarqué que les patients les moins défensifs avec un style de coping plutôt externe ont eu une amélioration plus importante en thérapie cognitive de groupe.

Les patients ayant un style de coping interne, et aussi moins défensif, ont vu leur état s'améliorer plus rapidement avec la thérapie autodirigée.

Ainsi, le groupe expérimental avait, avant l'intervention, adopté le coping centré sur l'émotion poussé par la distorsion cognitive et par les idées déprimantes qui sont diminués, après la prise en charge, ce qui influe sur le choix de stratégie de coping. Mais, ce n'est pas seulement la distorsion cognitive qui a orienté les patientes à choisir le coping centré sur l'émotion, mais aussi, certains traits de la personnalité chez l'anorexique comme la rigidité, la sensibilité et l'incapacité à diriger les émotions vers le soi et vers l'autrui. Summerfeldt et Endler (1991), ont trouvé que certaines qualités dans la personnalité évoquent un coping mal adapté. Ces traits incluent la rigidité, l'instabilité et l'incapacité de réguler son émotion et d'accepter l'émotion d'autrui. La thérapie cognitive de pleine conscience amène les patientes à comprendre leurs pensées et le mécanisme par lequel elles se fonctionnent, elles ont développé leur capacité à accepter leurs pensées, leurs émotions, leur expérience et en conséquence leur soi. Cette acceptation fait que les patientes s'ont, après la prise en charge, orienté vers le coping centré sur le problème et le soutien social plus que le coping centré sur l'émotion. Ces résultats s'accordent avec les résultats que Stanton et collaborateurs (2000) ont trouvés.

Ils ont examiné le coping centré sur l'émotion, et ils ont prouvé que la capacité de comprendre et accepter les émotions de soi et d'autrui s'avère très utile dans l'adaptation de la personne en choisissant une stratégie efficace.

Le locus de contrôle est la croyance qu'on puisse contrôler ou non la situation. Ainsi, après l'intervention, la dépression, chez les patientes de groupe expérimentale avait diminué, sur l'échelle de Beck 21, et ont, au même temps, eu tendance à moins utiliser le coping centrée sur l'émotion en devenant "internes" au niveau de locus de contrôle. Ces résultats s'accordent avec le

travail de Valentiner et collaborateurs. (1994), qui ont prouvé qu'un locus externe était plutôt associé à des approches de coping émotionnel, alors qu'un locus interne était plutôt associé à des approches orienté sur le problème.

Par contre, on trouve que les résultats obtenus sur l'échelle de métacognition ne correspondent pas avec ce qui est attendu et avec ce qui a été observé par plusieurs études réalisées. Ces dernières ont confirmé la relation entre la performance élevée sur cette échelle et les troubles pathologiques. Hermans (2003), a confirmé cette relation avec les troubles obsessionnelles compulsifs. Welles (1998), l'a confirmé avec les troubles d'anxiété, Baker (1998) l'a trouvé chez la prédisposition à des hallucinations auditives, et finalement Papageorgiou, (2003) l'a confirmé avec la dépression. Cette différence entre ces études et nos résultats peut être expliquée par plusieurs facteurs. Le premier lié à notre échantillon qui ne représente pas la population d'anorexique. Nous nous trouvons obligés de démarrer par 16 patiente (8 de groupe expérimental et 8 de cèle de contrôle) car il était difficile de trouver un établissement qui accepte ce type de thérapie et qui nous permet de l'appliquer seul sur les anorexiques, sans engager un autre forme psychologique de la thérapie. Le deuxième facteur peut être lié à l'échelle utilisé qui n'était pas encore validé chez les anorexiques particulièrement. Et le dernier facteur, peut être lié à la période dans la quelles nous avons évalué les patients. Si la thérapie a été appliquée pour plus de trois mois (six ou neuf mois par exemple) les résultats, sur les échelles utilisées, pourraient être plus harmonisés avec les études précédentes effectués.

Jusqu'à là, nous avons présenté les données statistiques, mais c'est intéressant aussi de présenter l'avis que nous avons remarqué de la part des familles de patientes. « j'ai retrouvé ma fille », « notre fille a retrouvé son sourire », elle a beaucoup changé », « elle nous a jamais exprimé ses sentiment comme aujourd'hui », ce sont des phrases et remarques positives que nous avons attendu beaucoup de fois de la part des parents après une visite à leur fille.

## 12.2 Echantillon de St. Etienne :

Nous avons remarqué, par l'analyse qualitative, que les diminutions des symptômes anorexiques se sont produits, après la prise en charge par « la pleine conscience » ; et aussi, les patientes se sont orientées vers le coping problème et le coping soutien social, par rapport au début de la thérapie, où les patientes avaient plus utilisées le coping émotion. De plus, on a remarqué que le locus de contrôle devient plus interne après la prise en charge. Même si une patiente était, avant la prise en charge, avec un locus de contrôle interne, elle est devenue, après la prise en charge, avec un locus de contrôle plus interne. De même pour la métacognition, on a remarqué du changement après la prise en charge, mais, il n'était pas dans le sens attendu. On rentre à nouveau dans les critiques que nous avons présentées pour l'échantillon de Lyon. Dans l'échantillon de St. Etienne, nous n'avions que trois patientes, ce qui n'est pas suffisant pour construire des résultats scientifiques et relativement stables. Mais, quand même, le travail effectué et les résultats obtenus, attirent l'attention à l'importance de cette thérapie, et ouvrent le chemin pour d'autres recherches avec des échantillons représentant la population.

Nous avons remarqué par les observations personnelles, que les patientes sont devenues plus ouvertes, plus confiantes en elles ; la courbe du poids de la patiente, montre une augmentation régulière de celui ci. Deux patientes sur trois sont sorties de l'hôpital après trois mois de la prise en charge, et l'autre qui est resté, a continué ses programmes et sa prise de poids sans régression ou rechute.

Dans cette recherche, l'efficacité de la thérapie cognitive de pleine conscience a été confirmée, en faisant diminuer les symptômes anorexiques (les symptômes physiques et psychiques). En revanche, la relation entre cette diminution et les changements cognitifs



effectués, n'a pas été confirmée. Ces résultats nous guident d'une part, vers d'autres types de cognitions qui sont en relation avec cette diminution, et nous encouragent à envisager des nouvelles recherches qui les abordent, par exemple, l'estimation de soi ou la confiance en soi, les types de personnalité... etc. D'autre part, ces résultats montrent d'autres chemins de recherches sur d'autres types de maladies psychiques, avec les quelles, la thérapie de pleine conscience peut être efficace, comme les troubles obsessionnels compulsifs, les états de stress post- traumatiques, ou bien des troubles de la personnalité paranoïaque, etc. Nous espérons avec notre travail, avoir abordé une nouvelle orientation dans le traitement qui considère l'émotion comme un élément indispensable dans la thérapie.

### 13. Références bibliographiques

American Psychiatrique Association., (2004). *Mini DSM-IV-TR, critère diagnostique* (Washington DC.2000), traduction. Guelfi J. D et d'autre, Paris, Masson.

Apfeldorfer, G., (1994). *Traité de l'alimentation et du corps*, Paris, Flammarion.

Baer, R., (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical, *Clinical Psychology: Science Practice*, **10** (2), pp. 125–142.

Bandura, A., (1977). Self Efficacy: Toward a unifying Theory of Behavioral Change, *Psychological Review*, **84** (2), pp. 191-215.

Baker, C. A., Morrison, A. P., (1998). Cognitive processes in auditory hallucinations: Attributional biases and metacognition. *Psychological Medicine*, 28, pp. 1199–1208.

Barnes, V. A., Davis, H.C., Murzynowski, J. B. and. Treiber, F.A., (2004). Impact of meditation on resting and ambulatory blood pressure and heart rate in youth, *Psychosomatic Medicine*, **66** (9), pp. 909- 914.

Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw, B.F., Emery, G., (1979). *Cognitive therapy of depression*, New York, Guilford Press.

Beck, A. T., (1970). Cognitive therapy: Nature and Relation to Behavior Therapy, *Behavior therapy*, **1**(2). pp. 184- 200.

Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, J., Bergan, J., Merdith K., Merry, W., (1991). Predictors of Differential Response to Cognitive, experimental, and self- Directed psychotherapeutic Procedures, *Consulting and Clinical psychology*, **59** (2), pp. 333 -340.

Bouchon- Schweitzer, M., (2001). Concepts, Stress, Coping, *Recherche en soin infirmiers*, 67.

Bruch, H., (1990). *Conversation avec des anorexiques*, tradition. Monique Manin, Paris, PAYOT.

Brouillet, D., Martin, S., Guerdoux, E., Dressaire, D., Adam, S., (2009). Rencontre entre mémoire et contrôle chez des jeunes et des aînés : la naissance d'une plainte ?, *Canadian Journal on Aging*, **28** (1), pp.5- 20 ;

Bruch, H., (1994). *Les yeux et le ventre, l'obèse, l'anorexique*, traduction. Florence verne et Monique Manin, Paris, PAYOT.

Brusset, B., (1998). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris, DUNOD.

- Brusset, B., (2008). *Psychopathologie de l'anorexie mentale*, Paris. DUNOD, 2<sup>e</sup> édition.
- Carson, J.W. Keefe, F. J., Lynch, T. R., Carson, K. M. and. Goli, V., (2005). Loving-kindness meditation for chronic low back pain: results from a pilot trial, *Holistic Nursing* **23** (3), pp. 287-304.
- Cartwright-Hatton, S., Wells, A., (1997). Beliefs about worry and intrusions: the metacognitions questionnaire and its correlates. *Anxiety Disorders*, 11, pp. 279- 296.
- Chabrol, H., Callahan S., (2004). *Mécanismes de défense et coping*, Paris, DUNOD.
- Chabrol, H., (2007), *Les troubles de conduits alimentaires*, Marseille, SOLAL.
- Cook-Darzens, S., Doyen, C., Brunaux, F., Rupert, F., Bouquet, M. J., Bergametti, F., Mouren, M. C., (2005), Thérapie multifamiliale de l'adolescent anorexique. *Thérapie Familiale*, 26 (3), pp. 223- 45.
- Costas, P. T., McCrae, R. R., (1985). *The NEO Personality Inventory manual*, Odessa, FL, Psychological Assessment Resources.
- Corcos, M., Agman, G., Bochereau, D., Chambry, J., Jeammet, P., (2002). Troubles des conduites alimentaires à l'adolescence, *Encyclopédie Médico- Chirurgicale*, pp. 37-215, B-65, Paris, Elsevier.
- Cottraux, J., Bouvard, M., Légeron, P., (1985). *Méthodes et échelles d'évaluation des comportements*, Paris, EDITIONS.
- Cottraux, J., (2004). *Les thérapies comportementales et cognitives*, Paris, MASSON, 4<sup>e</sup> édition.
- Cottraux, J., (2004). *Les thérapies cognitives*, Paris, RETZ, 4e édition.
- Cottraux, J., Bouvard, M., (2005). *Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie*, MASSON, 4<sup>e</sup> édition
- Cottraux, J., Blackburn, I.M., (2006). *Psychothérapies cognitives des troubles de la personnalité*, Paris, MASSON, 2<sup>e</sup> édition.
- Cottraux, J., Blackburn, I.M., (2001). *Thérapie cognitive de la dépression*, Paris, MASSON, 2<sup>e</sup> édition.
- Cottraux, J., (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression*, MASSON, Paris, 3<sup>e</sup> édition.
- Cottraux, J., (2007). *Thérapie cognitive et émotion*, Paris, Elsevier.
- CUNGI, C., (2006). *L'alliance thérapeutique*, Paris, RETZ.

Darmon, M., (2003). *Devenir anorexique*, La Découverte/Poche, Paris.

Debray, Q., Nollet D., (2001). *Les personnalités pathologiques*, Paris, Masson, 3<sup>e</sup> édition.

Doyen, C., (2007). *Les troubles des conduites alimentaires : l'anorexie mentale, la boulimie, les troubles des conduites alimentaires de l'enfance*. In : Bailly, D., editor. *Les prescriptions médicamenteuses en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. Paris, Masson.

Ellis, A., (1957). Rational psychotherapy and individual psychology. *Individual psychology* **13** (1), pp. 38- 44.

Ellis, A., (1958). Rational psychotherapy, *General psychology*, 59, pp. 35- 49.

Endler, N.S., PAKER, J. D. A., (1990). Multidimensional Assessment of Coping: A critical Approach, *Personality and Social psychology*, 58, pp. 844- 854.

Eysenk H.J., (1959). Learning theory and behavior therapy, *Mental science*, 105, pp. 61-75.

Faiburn, C. G., Shafran, R., Cooper, Z. A., (1999). *Cognitive behavioural theory of anorexia nervosa*, *Behaviour Research and Therapy*, 37, pp. 1-13.

Fairburn, C.G., Brownell, K.D., (2002). *Eating disorders and obesity: a comprehensive handbook*. New, York, Guilford Press.

Fallon, P., Katzman, M. A., et Wooley, S.C., (1994). *Feminist perspectives on eating disorders*. New York, Guilford Press.

Feldmann, R. S., Philipot, P., (2004). *The Regulation of emotion*, New Jersey.

Fontaine, P., (2007). *Guide clinique de thérapie comportementale et cognitive*, Paris, RETZ.

First, M., France, B., Allen. P., Harold A., (1999). *DSM-IV, Diagnostic différentiels*, Paris, MASSON.

Garner, D. M., (1991). *Eating Disorder Inventory-2 professional manual*. FL: Psychological Assessment Resources, Odessa.

Godart, N. Lyon, I., Perdereau, F., Corcos, M., (2008). *Prise en charge des troubles des conduites alimentaires chez les adolescentes*. *Rev Prat*, **58** (2), 177- 182.

Golden, N. H., Katzman, D. K., Kreipe, R. E., (2003). *Eating disorders in adolescents*: Position paper of the Society for Adolescent Medicine, *Journal of Adolescent Health*, 33, PP. 496- 503.

Grinspoon, S., Thomas, E., Pitts, S., Gross, E., Mickley, D., Miller, K., (2000). Prevalence and predictive factors for regional osteoporosis in women with anorexia nervosa. *Ann Intern Med*, 133, pp. 790- 794.

Guelfi, J. D., (2005). *Soigner les dépressions avec les thérapies cognitives*, Paris, DUNOD.

Hasan, A., Michel, R., (2006). *Thérapie cognitives et comportementales et Addiction*, Paris, Flammarion.

Hayes, S.C., Wislon, K.G., Gifford E., Follet, V.M., et Strosahl K., (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment, *Consulting and Clinical Psychology*, **64** (6), pp. 1152- 1168.

Hayes S.C., (2004). *Acceptance and commitment therapy, relational frame theory, and the third wave of behavior therapy*, *Behavior Therapy*, 35, pp. 639-665.

Hermans, D., Martens, K., De Cort, K., Pieters, G., & Eelen, P. (2003). Reality monitoring and metacognitive beliefs related to cognitive confidence in obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, pp. 383- 401.

INSERM, (2004). *Psychothérapie, trois approches évaluées*, 85598.831.4.

INSERM, (2009), version 1.0.15. Paris.

Jarry, J. L., (1998). The meaning of body image for women with eating disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43, pp. 367- 374.

Jeammet, P., (2004). *Anorexie, Boulimie : les paradoxes de l'adolescence*, HACHETTE.

Kabat\_Zinn, J., Lipworth, L., Burney, R., Sellers, W., (1986). Four-year follow-up of a meditation-based program for self-regulation of chronic pain: treatment outcomes and compliance. *Clinical Journal of Pain*, 2, pp. 159- 173.

Kabat-Zinn J, Massion, A. O., Kristeller, J., (1992). *Effectiveness* of a meditation-based stress reduction program in the treatment of anxiety disorders, *American Journal of psychiatry*, 149, pp.936- 943.

Kabat-Zinn, J., (1994). *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*. New York, Hyperion.

Kabat- Zinn, J., (2003). Mindfulness-Based Interventions in Context: Past, Present, and Future, *Clinical Psychology: science and practice*, **10** (2), pp. 144-156.

Kabat- Zinn, J., (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*, Bruxelles, de Boeck.

Kaye, W.H., Nagata, T., Weltzin, T. E., (2001). Double - blind placebo- controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biological Psychiatry*, 49, pp. 644- 652.

Kestemberg, E., Decobert, S., Kestemberg, J., (1972). *La faim et le corps*, 5e édition, Paris, presses universitaire de France.

Lask, B., Bryant-Waugh, R., (2007). *Eating disorders in childhood and adolescence* 3e édition, London et New York, Routledge.

Lazarus, A., (1977). *Multimodal Behavior Therapy*, New York, Springer.

Lerfel, Y., Kindynis S., Romo L., Daouk O., Detournay M.C., Granger B., Debray Q., (2008). Évaluation de l'efficacité d'une thérapie cognitivo- comportementale sur les symptômes cliniques des troubles du comportement alimentaire chez des patientes traitées en hôpital de jour", *Thérapie comportementale et cognitive*, Paris 18, pp.72- 76.

Leung, N., Waller, G., Thomas, G., (1999). Core beliefs in anorexic and bulimic women, *Nervous and Mental Disease*, 187, pp. 736- 741.

Léonard, T., (2007). *Thérapie comportementale et cognitives de l'anorexie mentale*, Paris, Elsevier.

Loiselle, A., (2003). *Les affamées: Regard sur l'anorexie*, 3<sup>e</sup> édition, Québec, L'HOMME.

Manocha, B., Marks, G.B., Kenchington, P., Peters, D. et Salome, C. M., (2003). Sahaja Yoga in the management of moderate to severe asthma: a randomised controlled trial. *Thorax*, **57** (2) , pp. 110- 115.

Mariné, C., (1998). Technique d'évaluation de métacognition, *l'année psychologique*, **98** (4), pp. 711- 742.

Masserman, J.H., (1943). *Behavior and Neurosis*, Chicago, University Chicago Press.

Matthew, A., Macleod, C., (1994). Cognitive Approaches to Emotion and Emotional Disorders, *Annual Review of psychology*, 45, pp. 25-50.

Mehran, F., (2010). *Psychologie positive et personnalité*, Paris, Elsevier.

Mirabel,C., (2005). *Soigner les dépression avec les thérapie cognitives*, Paris, DUNOD.

Morone, C., Greco, M., et Weiner, D., (2008). Mindfulness meditation for the treatment of chronic low back pain in older adults: A randomized controlled pilot study, *PubMed Central* 134, pp. 310- 319.

Neil, O., (2003). African American women and eating disturbances a metaanalysis, *Black Psychology*, **29** (1), pp. 3-16.

Nolen-Hoeksema, S., Morrow, J., (1993). The Effects of Rumination and Distraction on Naturally- Occurring Depressed Mood. *Cognition and Emotion*, **7** (6), pp. 561- 570.

Palazzolo, J., (2004). *Cas clinique en thérapies comportementales et cognitives*, Paris, MSSON.

Papageorgiou, C., Wells, A., (2003). An empirical test of a clinical meta- cognitive model of rumination and depression, *Cognitive Therapy and Research*, 27, pp. 261- 273.

Pauzé, R., Brigitte, C. M., (2001). *L'anorexique chez les adolescentes*, Ramonville Saint-Agne : Erès.

Paulhan, I., Bourgois, M., (1995). *Stress et coping : Les stratégies d'ajustement à l'adversité*, NODULES, 1<sup>e</sup> édition.

Plews- Ogan, M., Owens, J.E., et Pilot, A., (2005) Study evaluating mindfulness-based stress reduction and massage for the management of chronic pain, *General International Medicine*, 20, pp. 1136- 1138.

Pradhan, E.K., Baumgarten, M., Langenberg, P., Handwerger, B., et Gilpin, A.K., (2007). *Effect of mindfulness-based stress reduction in rheumatoid arthritis patients*, 57 (7), pp. 1134- 1142.

Rosen, J.C., (1995). The nature of body dysmorphic disorder and treatment with cognitive-behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 1 (2), pp. 143-166.

Rusinek, S., (2006). *Soigner les schémas de pensées*, Paris, DUNOD.

Sackvillet, S., (1998). Conscious and preconscious processing of food, body weight and shape, and emotionrelated words in women with anorexia nervosa. *Eating Disorders*, 23 (1), pp. 77-82.

Schiltz, L., (2009). Stratégies d'ajustement et mécanismes de défense dans les troubles du comportement alimentaire, *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57 (5), pp. 335-343.

Segal, Z.V., Williams, J. M. G., et Teasdale J.D., (2006). *La thérapie cognitive basée sur la pleine conscience pour la dépression*, Bruxelles, De Boeck, 1<sup>e</sup> édition.

Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S.R., et Cordova, M., (2003). Mindfulness-based stress reduction for health care professionals: Results from a randomized trial, *International Journal of Stress Management*, 12 (2), pp. 164- 176.

Shaw, H., Ramirez, L., Trost, A., Randall, P., Stice, E., (2004). Body image and eating disturbance across ethnic groups: more similarities than differences, *Psychology of Addictive Behaviors*, 18 (1), pp. 12-18.

Simon, Y., (2007). Épidémiologie et facteurs de risque psychosociaux dans l'anorexie mentale, *Nutrition Clinique et Métabolisme*, 21 (4), pp. 137-142.

Soyka, L. A., Grinspoon, S. Levitsky, L. L., Herzog, D.B., Klibanski, A., (1999). The effects of anorexia nervosa on bone metabolism in female adolescents. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 84 (12), pp. 4489- 4496.



Smith, W., Compton, W., et West, B., (1995). Meditation as an adjunct to a happiness enhancement program, *Clinical Psychology*, **51** (2) pp. 269- 273.

Specia, M., Carlson, L., Goodey, E., et. Angen, M., (2000). A randomized, wait-list controlled trial: the effects of MBSR program on mood and symptoms of stress in cancer outpatients, *Psychosomatic Medicine*, 62, pp. 613- 622.

Steinhausen, H.C., (2002), The outcome of anorexia nervosa in the 20 the century. *Am J psychiatry*, 159, pp. 1284- 93.

Stice, E., Whitenton, K., (2002). Risk factors for body dissatisfaction in adolescent girl: a longitudinal investigation, *Development Psychology*, **38** (5), pp. 669- 678.

Strauss J, Ryan, R. M., (1988). Cognitive dysfunction in eating disorders. *Eating disorders*, 7, pp. 19- 27.

Strauss, A., Schatzman, L., Bucher, R., Ehrlish, D., Sbashin M., (1964). *Psychiatric ideologies and institutions*, New York, The Free Press of Glencoe.

Strupp, B. J., Weingartner, H., Kaye, W., Gwritsman, H., (1986). Cognitive processing in anorexia nervosa. *Neuropsychobiology*, 15, pp. 89-94.

Stanton, A. L., Kirks. S.B., Cameron, C. L., et Danoff - Burg S.(2000). *Coping through Emotional Approach: Scale Construction and Validation*, *Personality and Social psychology*, **78** (6), pp. 1150- 1169.

Summerfelt, L. J., Endler, S., (1996). *Coping with Emotion and Psycho- pathology*, In: Zeidner, M., et Endler, N.S., *Handbook of Coping: Theory Research and Applications*, pp. 602-639, New York, wiley.

Teasdale, J. D., Segal, Z.V., William, J.M.G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J.M., (2000). Prevention of relapse, recurrence in major depression by Mindfulness-Based Cognitive Therapy, *Consult Clinical Psychology*, **68** (4), pp 615- 623.

Teasdale, J. D., Segal, Z. V., et Williams, J. M. G., (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (mindfulness training) help? *Behaviour Research and Therapy*, 33, pp. 25- 39.

Thompson, J. K., (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. New York, Pergamon Press.

Tournemire, R., Alvin, P. (2002). *Anorexie mentale et dénutrition grave : comment assurer la prise en charge nutritionnelle en milieu pédiatrique*. *Archive de Pédiatrie*, 9, pp. 429- 33.

Tric, L., Agman, G., Tram, D., Godart, N., Ben Mansour, E. L., Lamer, C., (2004). Prise en charge de l'anorexie mentale en réanimation, *Réanimation*, **13** (6-7), pp. 407- 416.



Valentiner, D. P., Holahan, C. J., Moosr, H., (1994). Social Support, Appraisals of Event Controllability, and Coping: An Integrative Model, *Personality and Social psychology*, **66** (6), pp. 1094-1102.

Vanderlinden, J., (2003). *Vaincre l'anorexie mentale*, Bruxelles, De boeck.

Wells, A., Papageorgiou, C., (1998). Relationships between worry, obsessive–compulsive symptoms and meta-cognitive beliefs. *Behaviour Research and Therapy*, 36, pp. 899–913.

Williams, K. A., Kolar, M. M., Reger, B., et Pearson, J., (2001). Evaluation of wellness based mindfulness stress reduction intervention: a controlled trial, *American Journal of Health Promotion*, **15** (6), pp. 422- 432.

Wolpe, J., (1952). Experimental neurosis as learned behavior, *Psychology*, **43** (4), pp.243- 268.

Yon, L., Doyen, C., Asch, M., Cook- Darzens, S., Mouren, M., (2008). *Traitement de l'anorexie mentale du sujet jeun en unité d'hospitalisation spécialisée*, Paris, Elsevier.

Zipfel, S., Seibel, M. J., Lowe, B., Beumont, P. J., Kasperk, C., Herzog, W., (2001). Osteoporosis : In eating disorders: a follow-up study of patients with anorexia and bulimia nervosa. *Clinical Endocrinology and Metabolism*, 86, pp. 5227- 5233

## ANNEXES

### 1. Le déroulement des séances thérapeutiques (un exemple).

Points généraux :

Toutes les séances ont démarré dans l'ordre suivant :

- La séance initiale, qui inclut :
  1. Présentation du projet et de la thérapie.
  2. Application des questionnaires d'évaluation.
  3. Etablir l'alliance thérapeutique qui inclut : accueillir l'information des patients en utilisant les questionnements socratiques, les 4R, l'empathie, établir la confiance dans le thérapeute, et confronter la résistance du patient.
  4. Préciser les axes de travail : ce que le patient attend de la thérapie.
- Les séances suivantes ont eu lieu comme suit :
  - a) Résumer la séance précédente.
  - b) Préciser le problème ou la situation gênante.
  - c) Construction cognitive par :
    - i. La colonne de Beck.
    - ii. La technique : pour/contre et avantage/désavantage.
    - iii. La flèche descendante.
  - d) Tâches à réaliser en dehors de la séance :
    - i. Remplir la colonne de Beck.

- ii. Grille d'auto-observation /jour/heure/émotion/pensées.
  - iii. Grille d'analyse émotionnelle.
- e) Exercice de concentration sur deux axes : l'une étant l'auto-observation du corps, où le patient doit focaliser l'attention sur des sensations corporelles et ses émotions au moment présent, en acceptant tout ce qui se passe dans l'esprit : idées, émotions, image mentale, etc., et l'autre, la concentration sur une situation choisie par le patient. La concentration doit être pratiquée pendant et en dehors de la séance thérapeutique.

Avec certaines patientes, il a été utilisé les techniques suivantes :

- 1) La technique de prédiction négative du futur, où le thérapeute prend en charge avec le patient ses prédictions négatives du futur, pour en trouver le côté irrationnel, et proposer les alternatives logiques.
- 2) La technique des pensées catastrophiques, où le thérapeute amène le patient à envisager les résultats probablement catastrophiques, tout en l'aidant à montrer le côté irrationnel de ses pensées.
- 3) La technique de résolution de problème : où le thérapeute aide le patient à envisager toutes les solutions possibles de problème – cible, et en préciser tous les points négatifs et positifs de chaque solution avant que le patient mette en place les solutions proposées.
- 4) Exercice d'affirmation de soi : savoir faire une demande et un refus, faire et recevoir des critiques, faire et recevoir des compliments, etc.

Au début de la thérapie et pendant le déroulement des séances, le thérapeute a fait une psychoéducation en utilisant le questionnement socratique et la méthode de 4R, sur des informations concernant le corps et son mécanisme de travail :

- a. La maladie et sa fréquence.
- b. La possibilité de guérir.
- c. Le rôle de nos cognitions et de notre entourage.
- d. La masse corporelle.
- e. Le besoin énergétique.
- f. Digérer et consommer l'alimentation.
- g. La perte du poids et sa relation dans l'arrêt de la menstruation.

## **Mlle V. G**

### **Présentation du cas.**

Mlle V. est une patiente de 18 ans, de 50 kilos pour 1,82 m. Elle vit avec ses parents qui travaillent depuis le matin jusqu'au soir. Elle est la deuxième d'une fratrie de trois.

À l'âge de 12 ans, elle a été violée par son cousin, ce qui lui a provoqué un choc, car elle lui faisait confiance, mais il ne la méritait pas (selon les paroles de la patiente). Seulement la mère était au courant, mais elle a préféré de ne rien dire à personne.

À l'âge de 15 ans elle a fait connaissance avec des jeunes de son âge, sur internet, faisant parti d'un groupe "gothique". Au fur et à mesure, Mlle V. s'est trouvée au milieu de ce groupe, pas

seulement au niveau du style, comme son frère mais aussi au niveau pratique : tradition, croyance et habitudes, selon les paroles de la patiente.

Plus tard la patiente a vécu trois violences sexuelles, à chaque fois il y avait plusieurs personnes qui l'ont violée. Selon la patiente, cela s'est passé dans des soirées avec ses amis, mais elle ne savait pas que ces soirées allaient se finir de cette façon.

La patiente a des idées noires et catastrophiques, des idées suicidaires. Antérieurement, elle est passée à l'acte 7 fois. Cette fois, la patiente a indiqué que " le jour de son anniversaire, le 7/9/2010, elle se suiciderait, dans le but de libérer l'esprit, selon les traditions gothique".

La patiente a montré une résistance très forte à la thérapie, et si elle avait eu besoin d'au moins une séance pour communiquer avec la thérapeute, elle avait aussi pris plusieurs séances pour communiquer, naturellement, avec l'équipe.

La thérapeute est entrée dans la chambre de la patiente qui est dans un cadre fermé. La patiente était assise sur le lit, avec un regard méfiant vis – à vis de la thérapeute. Un corps faible, maigre, les épaules basses.

Après avoir échangé quelques regards avec la thérapeute, elle a regardé par terre en refusant de parler. La patiente semblait résister à la thérapie et refuser même l'hospitalisation.

Devant ce type de patiente, c'est très important, pour construire l'alliance thérapeutique, il faut gagner la confiance de la patiente et en réduire sa défense. La thérapeute a compté sur les questionnements socratiques et la méthode de 4R, en évitant poser des questions fermées qui permettent à la patiente de se cacher derrière le "oui" ou "non" sans donner d'autre réponse, ainsi

que les questions directes qui provoquent la méfiance de la patiente, et qui la mettent dans une position hostile contre le thérapeute.

Lorsqu'il y avait des idées suicidaires chez la patiente, en plus de l'anorexie, le travail a été organisé sur deux axes :

- Réduire les idées suicidaires et en conséquence réduire la possibilité de passage à l'acte (l'axe de suicide).
- Pouvoir manger un repas complet sans difficulté (sans vomissement, sans mal au ventre ou sensation de dégoût) pour arriver au poids normal et accepter son image corporelle (l'axe d'anorexie).

### **La prise en charge**

- **L'axe de suicide**

### **Les séances de 1-4 :**

1. Construire l'alliance thérapeutique.
2. Analyse fonctionnelle. (cercle vicieux)
3. La construction cognitive.
4. La concentration.

### **1. Construire l'alliance thérapeutique :**

Je me suis présentée à la patiente en expliquant mon projet de recherche et les principes de la thérapie cognitive de "pleine conscience". Je lui ai expliqué aussi le rôle du thérapeute et celui du

patient dans cette thérapie. La patiente a accepté de travailler ensemble mais avec une petite remarque : "La thérapie ne va pas durer car je vais sortir vite parce que ce n'est pas ma place..." selon les paroles de la patiente".

Je lui ai demandé de remplir les questionnaires d'évaluation. (C'était très difficile car la patiente avait refusé l'hospitalisation).

La séance suivante a commencé par une discussion quasi agressive de la part de la patiente.

Ci-dessous nous donnons un exemple de défense de la part de la patiente et la discussion pendant la séance, en illustrant la méthode des 4R :

*Patiente : " je ne veux pas rester ici", "je veux sortir", "je ne suis pas malade et même si j'étais malade je ne suis pas anorexique, je ne veux pas rester ici, ce n'est pas ma place".*

*Thérapeute : c'est difficile d'être obligée à rester dans un endroit qu'on n'aime pas. (Empathie).*

*(P) Patiente : "Je n'étais pas obligée, je suis entrée volontairement".*

*(T) thérapeute : ah..Vous avez choisi volontairement d'entrer ici. (Reformulation par la répétition).pourquoi ?*

*(P) : "car ma famille voulait ça".*

*(T) : c'est très courageux de décider d'être hospitalisé car votre famille voulait ça, (renforcement positif) mais à votre avis, pourquoi votre famille l'a-t-elle voulu ? (recontextualisation).*

*(P) : "car elle trouve que je souffre énormément et ça les fait souffrir, et moi je n'aime pas que ma famille souffre à cause de moi, je ne veux pas être la cause de sa souffrance".*

*(T) : c'est très touchant d'être sensible vis-à-vis de la famille (renforcement positif), mais à votre avis qu'est qui amène votre famille à dire que vous souffrez énormément ? (récontextualisation).*

*(P) : " A cause des choses horribles que j'avais vécu dans ma vie. ( La patiente se met à pleurer, tout en disant : " ma vie est une grande souffrance").*

*(T) : (signes de compréhension et empathie de la part du thérapeute par la tête et le visage) :mmm votre vie est une grande souffrance ? (reformulation par répétition) avez vous des exemples ? (récontextualisation)*

La patiente a commencé à parler de son viol. Le discours a continué sans obstacles.

Deuxième exemple de la défense de la patiente :

*(P) : "Je n'aime pas le personnel infirmier et je ne veux ni travailler ni discuter avec eux".*

*(T) : vous n'aimez pas les infirmiers (reformulation), en quoi vous n'aimez pas les infirmiers ? (recontextualisation).*

*(P) : "Ils ne sont pas gentils, ils ne s'intéressent pas aux sentiments des autres".*

*(T) : Ils ne s'intéressent pas aux sentiments aux autres, avez-vous un exemple ?*

La patiente a parlé d'une infirmière avec la quelle elle ne s'entendait pas bien pendant la scolarisation, et qui était à l'origine d'un grand conflit au milieu scolaire.

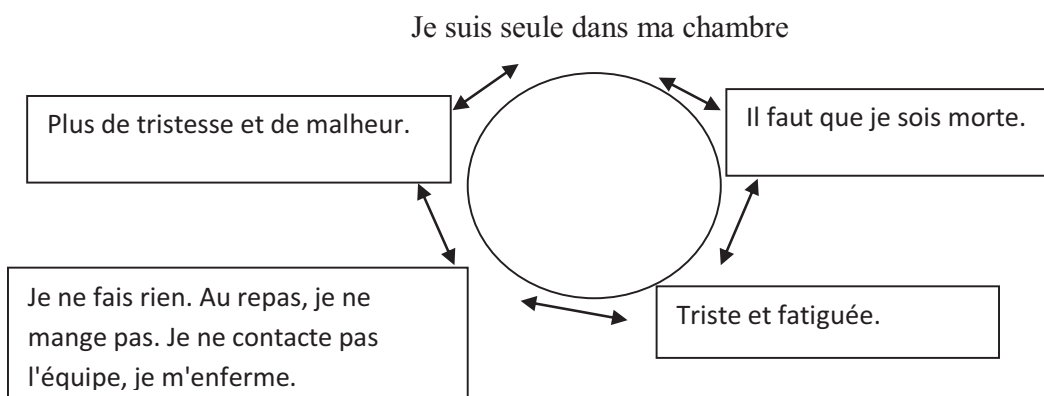
Après avoir affronté la résistance de la patiente les axes de travail ont été précisés selon l'attente de la patiente :

1. Dormir pendant la nuit, et sans cauchemar.
2. Diminuer l'angoisse.



3. Se sentir bien dans sa peau.
4. Trouver le plaisir à manger.

## 2. L'analyse fonctionnelle : Le cercle vicieux de la patiente :



J'ai utilisé ce cercle pour expliquer à la patiente le fonctionnement des pensées négatives qui provoque des émotions négatives et qui nous conduisent, à son tour, aux comportements inadaptés. Plus on suit ces pensées plus on s'enferme dans ce cercle. La patiente était intéressée et encouragée en disant " ce cercle décrit bien mon cas".

## 3. La construction cognitive.

Trois techniques ont été utilisées dans ces séances : La colonne de Beck, la concentration et les exercices en dehors de la séance (l'auto-observation des émotions et des pensées).

### 3. 1. La colonne de Beck :

J'ai demandé à la patiente de remplir cette colonne quand elle est devant une situation gênante, voici ce que la patiente avait fait :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Je suis seul dans la chambre, assise sur mon lit	Tristesse 90%  Angoisse 80%  La haine 90%	Je suis seule.  Je n'ai Personne à coté de moi.  Ma vie est une grande souffrance.  Ma famille souffre à cause de moi.  Il faut que je sois morte, la mort va me soulager.  Je pense aux personnes qui m'ont fait du mal, je les déteste, ils ne méritent pas ma confiance.	Pas des alternatives	Tristesse 90%  Angoisse 80%  La haine 90%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion  86,66%	Niveau de croyance dans ces pensées  80%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 0%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après

				analyse
				86,66%

La colonne précédente représente le cas de patiente devant une situation embêtante sans chercher les alternatives de ses pensées négatives. Elle a comparé l'intensité de ses émotions négatives avant et après ces pensées. Elle s'est rendu compte que ses pensées restent les mêmes et peut être plus intenses qu'avant. J'ai demandé à la patiente de remplir la colonne en pensant autrement et de répondre aux questions : Est-ce que je peux penser autrement ? Est-ce qu'il y a d'autre possibilité ? Est-ce que ce que je ressens est réel, et est ce que mes pensées sont la réalité absolue ? etc.... voici la colonne que la patiente remplit :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Je suis seul dans la chambre, assise sur mon lit	Tristesse 90%  Angoisse 80%  La haine 90%	Je suis seule.  Je n'ai Personne à coté de moi.  Ma vie est une grande	Je ne suis pas seule, j'ai ma famille.  Si je suis seule ici, c'est parce que je suis dans le cadre du contrat de soins, c'est	Tristesse 60%  Angoisse 50%  La haine 50%

		souffrance.  Ma famille souffre à cause de moi.  Il faut que je sois morte, la mort va me soulager.  Je pense aux personnes qui m'ont fait du mal, je les déteste, ils ne méritent pas la confiance.	temporaire  Ma famille m'aime, pour cela, elle m'a demandé d'être soignée.  Il ya rien qui m'obligée à mourir, ce n'est que dans ma tête.  Il ne faut pas penser à la mort, je ne veux pas que ma famille souffre à cause de ma mort.  Avoir la haine contre des personnes du passé ne me sert à rien.	
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion  86,66%	Niveau de croyance  90%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 50%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse.53,33 %

### 3. 2. La concentration

- **Le corps comme un objet de concentration :**

Premièrement, l'objet de la concentration était le corps de la patiente, avant qu'elle se concentre sur un autre objet :

*(T) : allongez vous, respirez profondément et calmement, et surtout ne pensez à rien. Je vous rappelle que l'objectif de cet exercice n'est pas de se sentir mieux ou de se relaxer, le but est de prendre conscience de votre corps, et ce qui est en train de se passer dans son intérieur. Je vous*

*demande maintenant de concentrer votre attention sur votre tête, dans sa position sur le coussin, tranquille et calme. (Période de silence), ne pensez qu'à cette position.*

*(P) : "Je me trouve obligée à penser à autre chose".*

*(T) : comme quoi par exemple ?*

*(P) : "ma famille, mes amis" ?*

*(T) : essayez de rester concentrée sur la position de votre tête. Maintenant, concentrez- vous sur votre nuque et votre dos, leur contact avec le lit, faites attention à votre rythme intérieur, la dans l nuque et dans le dos. (Période de silence).*

*(T) : Essayez de ne pensez que à ce que je vous demande. Maintenant, focalisez votre attention sur la partie abdominale : le ventre, la hanche et l'estomac, concentrez- vous sur leur position et sur leur contact avec le lit. (Période de silence).*

*(T) : Respirez normalement et restez concentrée sur la partie abdominale. Faites attention à tous les mouvements et toutes les sensations dans cette partie du votre corps.*

Ainsi, la concentration a continué jusqu'aux doigts des pieds.

En suite, une discussion a été faite avec la patiente pour lui montrer que les pensées survenues (concernant la famille et les amis) au moment de concentration sur le corps, doivent être la "voix" ou le pilote automatique qui intervient pour guider et orienter l'esprit, sans qu'on soit conscient à ce qui est en train de se passer. Le but de cet exercice est d'être conscient de cette voix automatique. La patiente a déclaré que c'était difficile de rester concentrée sans écouter la voix automatique : " vraiment c'était difficile de ne pas penser à autre chose, j'ai, quand même, essayé".

- **Une situation comme un objet de la concentration**

J'ai demandé à la patiente de choisir une situation gênante pour elle : une expérience, une image mentale, ou bien une idée pour qu'elle fasse l'exercice de concentration en présentant cette situation dans la tête.

La patiente a choisi une situation qui est un cauchemar qu'elle voit toujours : elle est avec ses amis dans une petite place d'un quartier vide, et une de ses amies la pend.

L'exercice a commencé en demandant à la patiente de s'allonger sur son lit et de respirer normalement tout en ne pas pensant à rien. (Période de silence).

*(T) : Je vous demande de représenter le quartier vide dans votre tête, lorsque la scène devient claire, dites le moi.*

*(P) : "ça y est, je suis avec mes amis dans le quartier".*

*(T) : laissez vos pensées circuler normalement, laissez que la scène se déroule tel qu'elle est, et racontez la moi.*

*(P) : "on discute...on parle".*

*(T) : de quoi ?*

*(P) : "de toute..voilà..il y en a une parmi de mes amies qui s'approche la corde à la main pour me pendre"*

*(T) : Décrivez- moi s'il vous plaît, en détail le quartier ou vous êtes.*

*La patiente l'a décrit*

*(T) : Décrivez-moi, s'il vous plait, les vêtements de vos amis (période de silence), et la patiente commence à les décrire.*

*Le fait que je demande à la patiente de décrire le quartier et les vêtements de ses amis en détail, lui fait détourner son attention sur la scène de la pendaison, en restant consciente de la situation gênante : la pendaison.*

*(T) : Ok, maintenant, demandez à vos amis de partir définitivement de la place, je veux que vous voyez le quartier vide. (Période de silence).*

*(P) : "Le quartier est vide".*

*(T) : Je vous demande de vous concentrer sur votre corps, uniquement sur votre corps au moment présent, de sa position sur le lit et son contact avec le matelas. Pensez que vous êtes toujours dans votre tête, et c'est vous qui guidez vos pensées et pas l'autre voix automatique. (Période de silence).*

*T : Concentrez- vous sur les bras posés calmement sur le lit. Respirez. (Période de silence).*

*(T) : Décrivez-moi ce que vous sentez dans vos bras.*

*(P) : "J'écoute ma respiration et je sens mes bras lourds, et il y a une petite sensation de fourmillement et de chaleur.*

*(T) : continuez à vous concentrer sur votre ventre, votre hanche..., et ne pensez à rien, restez concentrée.*

*(T) : Concentrez- vous sur les cuisses et les fesses, dans leurs position, ainsi que leur contact avec le lit. Respirez normalement. Ne pensez qu'à cette sensation. Remarquez, vos sensations au moment présent, prenez votre temps et dites, ce que vous sentez ? (Période de silence).*

*(P) : "Je ressens des fourmillements dans mes cuisses et mes pieds, en fait, par tout dans mon corps, et j'ai envie de dormi".*

*(T) : Rappelez-vous bien que le but de cet exercice est de rester consciente à vos sensations corporelles. Ouvrez-vos yeux petit à petit et refermez-les. Continuez à vous concentrer sur les genoux, et sur les mollets au moment présent, dans leur contact avec le lit, faites attention au rythme de votre corps, Inspirez normalement. Maintenant, fixez vous sur les pieds et les sensations que vous ressentez.*

*Ouvrez vos yeux petit à petit. Levez vous. Dite moi, s'il vous plait, que sentez-vous à ce moment - là ?*

*(P) : "Je me sens tranquille, je ne me sens pas agitée comme d'habitude, lorsque je pense à cette situation. Parfois, au moment de la concentration, je voulais repenser à mes amis mais j'ai essayé de rester centrer à ce que vous disiez à chaque fois que vous me demandiez de garder la conscience sur le corps".*

J'ai expliqué à la patiente que c'est normal qu'elle se sente obligée à penser à ses amis ( cette obligation c'est le pilote automatique) qui l' amène habituellement à cette scène et à se sentir mal mais, en laissant les pensées se dérouler sans lutter contre celles-ci, et en se concentrant à un autre objet sans perdre la conscience de la présence de la scène, elle a pu diriger ses émotions, et elle a pu empêcher son esprit d'être submergé par ces pensées.



Ainsi, le but de cette concentration est de faire apprendre à la patiente l'habitude à se libérer de ses images, ou de ses scènes négatives qui persistent dans la tête la plupart du temps et qui guide ses émotions. En pratiquant cet exercice la patiente va apprendre à gérer ses émotions et à gérer les idées négatives en étant consciente de leurs survenus et de leurs effets sur son esprit.

A la fin de cet exercice, la patiente était invitée à faire le point sur les différences entre ses sentiments et ses sensations corporelles pendant cet exercice, et celles qu'elle ressent quand elle a des idées négatives et catastrophiques en dehors de la séance.

### **3.3. Les tâches à faire en dehors de la séance étaient :**

3.3.1 Une grille d'auto-observation des pensées et des émotions : j'ai donnée à la patiente une grille qui lui permet d'enregistrer ses émotions et ses pensées liées en considérant l'heure ou le temps.

L'heure	Les émotions	Les pensées

3.3.2. Pratiquer la concertation dans la vie quotidienne au moins une fois par jour.

### **Les séances de 5-8**

Je rappelle qu'au début de chaque séance un résumé de la séance précédente est effectué. A la fin de séance, je donne à la patiente des exercices à faire, dans la vie quotidienne comme : l'exercice d'auto-enregistrement des idées négatives avec des émotions et l'exercice de concentration.

Les séances de 5 à 8 ont déroulé sur deux axes :

1. Continuer la construction cognitive (par la colonne de Beck, le questionnement socratique et les 4R), et l'exercice de concentration.
2. Auto-évaluation de la progression de la patiente dans la thérapie.

### 1. Continuer la construction cognitive :

Une discussion par le questionnement socratique et les 4R sur les exercices d'auto-observation des pensées négatives a été effectuée. (Pensées irrationnelle et négatives sur son corps).

En plus, la colonne de Beck a été appliquée.

Exemple de colonne de Beck :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Le matin, avant le petit déjeuner, je suis seule dans ma chambre	Peur 70%  Angoisse 40%  La haine 55%	à cause du stress du jour avant.60%  Pas de courage de l'affronter.50%  Je me déteste car je ne m'améliore pas.50%	Il n'y a pas des raisons d'être angoissée. Le passé est passé je ne peux pas le changer mais il ne se reproduira jamais.40%  Oublier le passé et penser au présent.50%  Penser à mes succès au cours de la thérapie.60%	peur 40%  Angoisse 10%  La haine 55%

			Faire plus des efforts.60%	
			Faire plus de confiance.60%	
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion 55%	Niveau de croyance 53,33%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 54%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse.35%

La patiente a déclaré avoir eu des difficultés à dormir. Je lui ai demandé de pratiquer la concentration avant qu'elle aille dormir. On a fait cet exercice comme exemple.

La patiente était invitée, premièrement, à présenter une situation gênante à la quelle elle pense avant d'aller dormir. La patiente a dit qu'avant d'aller dormir, elle écoute la musique de groupe METALLICA, et à chaque fois qu'elle l'écoute, elle a des idées suicidaires, et elle se représente des images "bizarres" dans sa tête qui l'empêchent de dormir, selon ses propres paroles.

Je lui ai demandé de s'allonger sur le lit comme si c'était le soir et de se représenter les images et les idées "bizarres" dans sa tête. Ensuite, la concentration sur le corps a été faite, toutes en restant consciente de la présence de ces images gênantes pour elle. La patiente a réussi à faire la concentration sur le corps et à ne pas être guidée par les émotions négatives et les pensées automatiques.

La patiente a voulu travaillé sur une situation gênante pour elle : "se réveiller pendant la nuit". La colonne de Beck a été appliquée comme suit :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Se réveille pendant la nuit à cause de cauchemar	Peur 90%  Angoisse 70%  Culpabilité 40%	Le Cauchemar se réalise, et j'ai revécu la situation. 30%  C'est ma faute.70%  Il faut résister au sommeil pour ne pas avoir les cauchemars.60%	Ce n'est pas la réalité, ce ne sont que mes idées.60%  C'est du passé et il n'y a aucune chance que cela se produira.60%  Ce qui m'est arrivé n'est pas de ma faute.je ne pourrais pas l'éviter, mais je peux l'éviter dans le futur.70%  Pour éviter ces cauchemars il faut que je pense au futur.60%	peur 70%  Angoisse 60%  Culpabilité 35%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion  55%	Niveau de croyance 53,33%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 62,5%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse.55%

Pour gérer les émotions et les sensations négatives provoquées par le cauchemar, j'ai demandé à la patiente de pratiquer la concentration. Elle peut se concentrer soit sur son corps, soit sur un moment agréable en restant consciente de la présence des idées gênantes.

## 2 L'auto-évaluation de la progression de la patiente.

J'ai demandé à la patiente de comparer entre son état, avant et après la prise en charge. La patiente a fait la liste suivante

Avant	Après
Toujours triste	Moins triste, je peux rire de temps en temps
Ne dors pas pendant la nuit	Je dors au moins 4 heures pendant la nuit
Pas de confiance à moi et à l'équipe	Confiance à moi et à l'équipe
Refus de l'hospitalisation	Envie de guérir et avoir une vie normale
Mal au ventre et au dos au moment des repas	Pas de mal au ventre
Difficile à finir les repas	Je finis mon repas toujours.
Penser toujours au passé	penser au présent et au futur
Cauchemar pendant la nuit	presque pas de cauchemar
Quelque fois faire mal à mon corps en cas d'angoisse	Arriver à me contrôler

A partir de la cinquième séance, la patiente est arrivée à :

- Ne pas parler de la mort et de l'obligation de mourir.
- Rire plusieurs fois pendant la séance, par contre pendant les premières séances la patiente était froide, distante, avec des larmes aux yeux.
- Elle a dit que c'est vrai, qu'elle pense à la mort de temps en temps mais, elle a commencé à détester cette idée, car sa mort va faire mal à sa famille.
- Elle a parlé pour la première fois de son avenir.
- Elle continue à faire les exercices de concentration et d'auto-évaluation des pensées.

- C'est indispensable de signaler qu'avant la prise en charge, la patiente ne dormait jamais pendant la nuit. Et à partir de la cinquième séance, elle a commencé à dormir au moins 4 heures pendant la nuit. Avec la séance n°8 elle a déclaré que c'est la première fois qu'elle dormait toute la nuit sans cauchemar.

### **Les séances de 9-10**

- **L'axe d'anorexique :**

Le travail sur l'axe anorexique commence pratiquement avec cette séance. C'est indispensable de dire que quand la patiente est arrivée à sortir de la tristesse et de l'angoisse, et quand elle est arrivée à bien dormir pendant la nuit, elle pouvait en conséquence, s'améliorer au niveau du repas, elle pouvait manger un plat complet sans difficulté et elle a commencé à prendre du poids.

A la 9<sup>e</sup> séance la patiente m'a fait part de sa satisfaction d'en être arrivé jusqu'au là, mais elle trouve qu'elle est grosse ! Ce discours est toute à fait nouveau pour la patiente qui n'avait jamais encore commencé une discussion autre, qui ne soit focalisé sur la souffrance et sur le suicide, qui devrait avoir lieu le jour de son anniversaire.

Le questionnement socratique a été appliqué dans la discussion avec la patiente comme suit :

*(P) : "Je me trouve très grosse, pas vrai madame" ?*

*(T) : qu'est ce qui vous amène à dire ça ?*

*(P) : "car je mange bien sans difficulté".*

*(T) : qu'est ce que ça veut dire "manger bien" ?*

*(P) : " Je finis toujours mon repas sans vomissements et sans mal au ventre".*

*(T) : Et alors ?*

*(P) : "Je mange bien, je finis mon repas et je n'ai pas de vomissements donc je vais devenir grosse".*

*(T) : Votre repas est un plat complet ou une demi-portion ?*

*(P) : "complet".*

*(T) : ça fait combien de jours que vous mangez un repas complet ?*

*(P) : "Ça fait presque trois semaines".*

*(T) : vous reconnaissez bien qu'avant vous aviez perdu du poids bien que vous finissiez votre repas, et vous avez recommencé à prendre du poids récemment ?*

*(P) : "oui, le docteur m'avait dit que j'avais perdu du poids".*

*(T) : A partir du moment où vous aviez commencé à perdre du poids, avant l'hospitalisation, jusqu'au début de la reprise du poids actuel à l'hôpital, il s'est passé combien du temps ?*

*(P) : "Ça fait 4 mois"*

*(T) : vous avez perdu combien de poids ?*

*(P) : "à peu près 9 kilos".*

*(T) : vous croyez que vous pouviez prendre en trois semaines ce que vous avez perdu en 4 mois ?  
Est-ce que c'est logique ?*

*(P) : " Non... oui, pourquoi pas" ?*

*(T) : Naturellement, le corps ne prend pas en trois semaines les poids qu'il a perdus en 4 mois, surtout si on suit un programme bien établi à l'hôpital.*

*(T) : Qui, parmi les autres patientes finit les repas ?*

*(P) : Les patientes X et Y...*

*(T) : Est ce que vous les trouvez grosses, ou bien leur corps a beaucoup changé ?*

*(P) : "pas forcément".*

*(T) : alors, qu'est ce qui vous fait croire que vous êtes grosse juste parce que vous mangez bien ?*

Le questionnement socratique a pour but de faire douter les jugements absolus du patient, ce qui lui donne la possibilité d'ouvrir le chemin à d'autres pensées alternatives plus logiques.

J'ai demandé à la patiente de faire un classement des infirmières de la clinique selon le tour de taille, et puis de s'inclure elle-même dans ce classement. La patiente a trouvé qu'elle était la plus mince. Elle est bien arrivée à classer les infirmières correctement sans exagération ou minimisation.

Pendant la discussion j'ai remarqué que la patiente avait tendance à confondre deux termes : "gros" et "large". Elle fait toujours une comparaison entre elle, qui a des "os larges", par rapport à d'autres patientes, qui ont des os minces. Ainsi une autre discussion a été effectuée sur les différents types de squelettes humains. J'ai expliqué que naturellement il y a deux types de structure squelettique. Les structures larges et les structures minces, et qu'on ne peut pas les changer, ni par des médicaments ni par le sport. La patiente ne connaissait pas cette information.



A la fin de la séance, je lui ai donné une tâche à domicile : remplir la colonne de Beck pour une situation gênante pour elle.

Dans la séance suivante la patiente a présenté la colonne suivante qui est à propos de la situation suivante :

"Après le repas, je regarde mon ventre".

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Après le repas, je regarde mon ventre	Culpabilité 20%  La haine 20%  Remplie 30%  Angoisse 60%	Je me sens grosse. 70%	Il faut que je continue la thérapie. 70%  J'essaye d'oublier. 70%	Angoisse 50%  La haine 20%  Remplie 30%  Culpabilité 20%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion  32,5%	Niveau de croyance  70%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 70%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 30%

Il était clair, pendant la discussion sur la colonne précédente, que la patiente manque beaucoup d'informations à propos de la digestion. Ainsi, une psychoéducation a été faite sur l'alimentation, sur son absorption au niveau de l'estomac ; sur le trajet de ces aliments dans le corps, et sur le mécanisme de transformation de ces aliments en énergie.

Un autre sujet de discussion a été effectué sur la différence entre la sensation imaginaire et la réalité du corps.

La patiente a finit par remplir la colonne de Beck comme suit :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Après le repas je regarde mon ventre	Culpabilité 20%  La haine 20%  Remplie 30%  Angoisse 60%	D'avoir manger sans faim.60%  Je sens que je vais grossir.50%	Le remplissage est une sensation, ce n'est pas moi qui suis grosse.50%  Le repas était prévu pour la journée.80%  Je vais digérer, les aliments vont me redonner des forces.80%  Je regarde tjrs mon corps, il n'y a pas de gras.80%  Bien que je mange bien, mon corps ne devient pas gros 70%	Angoisse 20%  Soulagée 70%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion  32,5%	Niveau de croyance  55%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 72%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 45%

La patiente a voulu que l'on travaille sur son sentiment de culpabilité d'avoir été violée.

Une discussion par le questionnement socratique a été utilisée pour amener la patiente à douter des ses pensées liées à cette situation, et de chercher des alternatives plus logiques et plus réelles. Par la suite, la patiente était arrivé à dire que ce n'était peut être pas sa faute : «je ne savais pas que les choses allaient se passer comme cela, si non je les aurais évités".

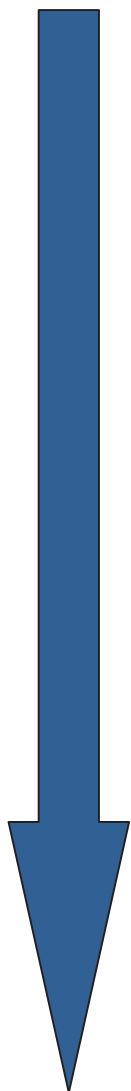
Un exercice pour réparer les idées négatives a été fait en utilisant la colonne de Beck.

En dehors de la séance, la patiente avait préparé, sans que je lui aie demandé, une grille d'évaluation de l'effet de la thérapie. Une discussion a été effectuée sur cette évaluation. La patiente est bien arrivée à distinguer entre la sensation de remplissage, et la vraie obésité : "après le repas, je me sens remplie, ce qui ne veut pas dire que je suis forcément grosse". La patiente a donné une estimation réelle de son corps.

Deux types d'exercice ont été donnés à la patiente : Une grille d'auto-observation des pensées des émotions, et la pratique de la concentration une fois au moins par jour.

### **La séance 11**

Le jour avant la séance 11, la patiente avait scarifié son mollet pour "pour sentir la douleur" selon ses paroles. En demandant à la patiente d'expliquer la motivation de son acte, elle a répondu qu'elle a peur d'être heureuse. Une flèche descendante a été appliquée avec la patiente pour arriver au postulat (idées automatique) qui est à l'origine de cette idée : peur d'être heureuse.



J'ai peur d'être heureuse

Je n'ai pas l'habitude d'être heureuse

Si je sens la bonheur, ça veut dire que je m'améliore

Si je m'améliore, je vais sortir de la clinique.

À la clinique, tout le monde m'aide, m'aime, me respecte mais dehors j'aurai personne.

Dehors je serai seule, ma famille est toujours occupée, je représente rien pour elle

Je représente un grand problème pour ma famille.

Le postulat chez la patiente c'est qu'elle sent qu'elle représente un problème pour sa famille, et pour cela sa famille est loin d'elle. En sortant de la clinique, elle va se retrouver seule, loin de sa famille : physiquement car ses parents sont toujours au travail même le soir, et psychiquement car sa famille n'est pas capable de la comprendre.

Tenant compte de ces données, j'ai conseillé à l'équipe médicale d'organiser quelques séances de thérapie familiale pour la patiente avant qu'elle quitte la clinique.

Une discussion, par le questionnement socratique, a été utilisée pour illustrer les pensées erronées concernant sa famille "qui ne s'intéresse pas à elle, car elle représente un problème" selon les paroles de la patiente. À la fin de la séance, j'ai demandé à la patiente de remplir la colonne de Beck, en dehors de la séance, comme un exercice d'auto-observation.

### **La séance 12,13**

Résumer la séance précédente. Discussion sur l'exercice d'auto observation (colonne de Beck) : des pensées et des émotions que la patiente avait enregistrées.

Le travail dans ces deux axes, inclut :

1. La psychoéducation.
2. La concentration.

**1. La psychoéducation :** La patiente a déjà appris à faire plusieurs exercices d'observation et de réparation de ses idées irrationnelles, c'est le moment de faire le point sur les types de pensées irrationnelles étudiées scientifiquement. Ça aide à montrer à la patiente qu'elle n'est pas la seule à avoir ce genre des pensées, et que ces pensées sont les responsables des comportements inadaptés. La discussion a abordé : la surgénéralisation/minimisation, l'abstraction sélective, les fausses obligations, la personnalisation, l'inférence arbitraire (croire connaître les pensées d'autrui, faire une prédiction noire du futur), l'étiquetage, et le principe du tout ou rien.

L'explication de ces termes a été faite par des mots simples et faciles à comprendre par la patiente qui, à la fin, a donné des exemples sur des idées irrationnelles, qui, chez elle provoque des comportements inadaptés sans qu'elle se rende compte de l'influence directe et indirecte de ces pensées irrationnelles. La patiente est bien arrivée à donner des exemples et à faire des liens entre ce type d'idées et quelques comportements inadaptés chez elle.

## **2. La concentration :**

La patiente a dit qu'elle sent, de temps en temps, une lourdeur dans le ventre, surtout après le repas. Je lui ai expliqué que c'est normal, car l'estomac a besoin de temps pour se réadapter à la quantité d'aliments ingérés. Ensuite, je lui ai proposé de faire l'exercice de concentration pour briser la focalisation sur cette sensation abdominale, en déviant les sensations vers les autres parties du corps.

Je lui ai demandé de s'allonger et de fermer les yeux en ne pensant à rien. Ensuite, elle était invitée à se concentrer sur son corps à partir de son cou, à se concentrer sur le position et la

relaxation du cou, qui est à ce moment là dans une position confortable, en contact avec le coussin. Après le cou, il faut qu'elle se concentre sur les bras, sur le dos, les jambes, les cuisses, les pieds sans passer par le ventre. À chaque fois je demande à la patiente de se concentrer sur une partie du corps, je l'ai invité à décrire ses sensations corporelles dans cette partie. À la fin, la patiente était invitée à décrire et exprimer son expérience (les sentiments et les sensations corporelles). Dans la plupart des cas la concentration amène à la patiente une tranquillité intérieure car, la concentration empêche l'esprit agité de vagabonder et d'évoquer des images et des idées perturbantes. Bien que le but n'est pas de se relaxer mais, ce résultat sera le bienvenue, si c'était le cas. La patiente était invitée à pratiquer cet exercice à chaque fois qu'elle ressent cette lourdeur.

#### **Séance 14 -16**

Le jour avant la séance 14, était le jour de l'anniversaire de Mlle V. dont elle a beaucoup parlé comme le jour de sa liberté qu'elle attendra par son suicide. La séance s'est bien passée, la patiente n'a pas parlé de suicide, au contraire, elle était contente de découvrir que les autres patients sont en train de préparer les cadeaux pour elle. La journée de son anniversaire s'est aussi bien passée, la patiente était contente car les autres patientes ainsi que le personnel, l'ont félicité pour son anniversaire. Elle a dit "elles m'aiment, elles me respectent" selon les paroles de la patiente.

La patiente avait commencé à prendre, en plus du repas complet, une collation ce qui la rendait un petit peu angoissée de reproduire le vomissement qu'elle a déjà fait un an avant.

Ainsi, une fiche a été remplie avec la patiente à propos des situations gênantes, en montrant les pensées et les émotions liées à ces situations.

Une discussion par le questionnement socratique a été faite sur la possibilité de vomir. Un exercice de concentration pour dévier l'attention portée sur le ventre, après la collation.

La patiente avait déclaré qu'un de ses problèmes était le manque d'envie de manger avant le repas, "je ne sens pas faim" dit la patiente. Un autre exercice a été mis en place pour montrer à la patiente comment elle peut se libérer de cette idée : "ne pas avoir faim".

Je lui ai demandé de s'allonger, en fermant les yeux et de ne penser à rien. En suite je lui ai demandé de faire l'exercice de concentration comme d'habitude, mais la dernière étape étant de se concentrer sur le ventre, et de se concentrer sur la sensation de vide dans celui-ci. La patiente doit préparer son corps à recevoir l'alimentation en pensant à son ventre vide et pas à autre chose. Il faut que l'attention se focalise sur la sensation de vide dans le ventre pendant quelques minutes avant que l'exercice finisse. La concentration sur le ventre vide provoque chez la patiente une sensation de faim, même si elle n'en a pas. Ce n'est pas le même cas dans l'exercice de concentration, pour dévier l'attention focalisé sur le ventre lourd vers les autres parties du corps, ou on focalise l'attention sur toutes les parties du corps sauf le ventre.

La patiente s'est adapté, de plus en plus, à la collation et elle a dit qu'elle essaye toujours de faire les exercices de concentration et d'auto-observation de ses pensées, ce qui elle a rendu plus logique et plus rassurée. Comme d'habitude, les séances finissent par donner des exercices d'auto-observation à la patiente pour qu'elle les fasse en dehors de la séance.

### **La séance 17-20**

Résumer la séance précédente, et discussion sur l'exercice d'auto-observation que la patiente avait fait en dehors da la séance.



Exemple pour la fiche d'exercice que la patiente avait fait :

La période	Les émotions	Les pensées
Le matin	Heureuse, soulagée	Aujourd'hui sera beaux, je suis bien, je respecte le contrat, bientôt je voie ma famille, je suis bien avec les autres patients, elles sont sympas.
Après midi à l'heure de la collation	Gênée, angoissée	À cause la collation, je suis obligée à le prendre

Il est clair que le fait de prendre la collation reste une chose gênante pour la patiente bien qu'elle l'a toujours fait. La flèche descendante a été appliquée comme suit.



Tous les jours, après la collation, je pense à vomir

La collation est une chose supplémentaire

Le repas me suffit pour que je reprenne mon poids normal petit  
à petit

La collation va accélérer la prise de poids

Je ne veux pas accélérer la prise de poids, je veux prendre mon  
temps

Si je prends rapidement du poids, je sortirai bientôt

Ici tout le monde m'aide, dehors il n' y aura personne

Je serai seule, ma famille est loin de moi

La patiente essayait de façon inconsciente de retarder son amélioration, car bien qu'elle en fût contente, elle gardait toujours l'angoisse de se retrouver seule devant ses problèmes sans sa famille.

À nouveau, j'ai proposé à l'équipe d'organiser des séances de thérapie familiale pour la patiente.

Un exercice de concentration a été fait sur la sensation de vide dans le ventre ce qui provoque une sensation de faim.

J'ai appris qu'il y aura une autre patiente " déprimée", qui va s'installer dans la chambre de Mlle. V. On a fait le point avec l'équipe et le responsable de la clinique. J'ai expliqué que c'est vrai que la patiente s'est beaucoup amélioré, mais c'est vrai aussi qu'elle est encore fragile, elle a besoin d'une période de préparation pour qu'elle soit prête à vivre avec quelqu'un de déprimé, si l'on veut éviter la possibilité de rechute chez la patiente. Puisqu'il n y avait pas d'autre place, la patiente déprimée a été installée dans la chambre de ma patiente. La dernière séance, (et après une semaine de l'installation de la patiente déprimée), j'ai appris que l'équipe avait gardé la patiente dans un chambre fermée pendant 24 heurs pour éviter l'auto- agression. "Elle avait à nouveau des idées noires".

Voici les résultats de la patiente avant et après la prise en charge sur les échelles d'évaluation.

L'échelle de coping		
Le type de coping	Les notes (avant)	Les notes (après)
Le coping problème	10	36
Le coping émotion	36	27
Le coping soutien social	8	26

L'inventaire des troubles alimentaires		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Recherche de la minceur	19	4
2. Boulimie	0	0
3. Insatisfaction par rapport à son corps	17	6
4. Inefficacité perfectionnisme	5	3
5. Perfectionnisme	6	4
6. Méfiance interpersonnelle	16	6
7. Conscience intéroceptive	16	11
8. Peur de la maturité	4	2
9. Ascétisme	5	4
10. Contrôle des pulsions	19	8
11. Insécurité sociale	17	8

L'échelle de méta- cognition		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Croyances inquiètes positives	45	24
2. Croyances sur le danger incontrôlable.	42	42

3. Croyances sur les compétences cognitives.	23	25
4. Croyances générales négatives (la responsabilité, la superstition et la punition)	30	12
5. Cognitive auto- conscience.	18	16

Locus de contrôle : avant/ après la prise en charge : 14/12

La Beck 21 : avant/après : 24/6

**Mlle C. F**

### **Présentation du cas**

Mlle C., Fille de 19 ans, anorexique stricte sans vomissement. Elle a un poids de 31 kilos pour 1,63m. Elle vit avec sa mère depuis l'enfance et avec sa petite sœur après le divorce de ses parents. Elle ne contacte presque pas son père, l'attachement avec sa mère est intense. Mlle C. trouve que sa sœur, leur mère et elle-même ont été les victimes de la sévérité du père. Elle a commencé à perdre du poids à l'âge de 16 ans. Elle a été hospitalisée plusieurs fois, son corps n'arrivait pas à maintenir le poids qui avait été pris. La patiente a vécu une situation choquante, un type d'abus sexuel de la part d'un de ses amis. Il aurait essayé, une fois où il était chez elle, soudainement la déshabiller, et lui toucher son corps. Elle est restée paralysée, sans réaction. Le lendemain, Mlle C. était ridiculisée par ce garçon devant ses amis à lui.

À la clinique, la patiente est dans un cadre fermé et son repas inclue 3/4 du plat, qu'elle prend accompagnée d'une infirmière.

## **La prise en charge :**

### **La séance 1-3 :**

Ces séances incluent :

1. L'alliance thérapeutique.
2. La psychoéducation.
3. L'analyse fonctionnelle.
4. Un exemple de la concentration dans la vie quotidienne.

#### **1. L'alliance thérapeutique :**

Je me suis présenté à la patiente. J'ai expliqué la thérapie cognitive basée sur la pleine conscience. Ensuite, j'ai illustré les principes de cette thérapie où le rôle du patient est actif.

Au début des séances, la patiente était positive, prête à collaborer avec l'équipe bien qu'elle a dit : "je sais bien que cela ne servira à rien. J'ai déjà été hospitalisée plusieurs fois, mais à chaque fois je rechute dans la maladie". À la fin, la patiente a rempli les questionnaires d'évaluations.

Des axes à travailler ont été précisées (les attentes de la patiente vis à vis de la thérapie).

- 1) Trouver du plaisir à manger
- 2) Redevenir une fille normale (quand j'ai demandé à la patiente de préciser le terme "normal", elle a répondu : " arriver à être guérie". Je lui ai demandé des précisions : " reprendre le poids normal ?", elle a répondu "mmmm non, oui mais. ok....

- 3) Dormir bien.
- 4) Ne Pas avoir mal au ventre ni avant ni pendant ni après le repas.
- 5) Ne plus avoir mal au dos.
- 6) Sortir de la clinique et vivre sa vie.
- 7) Arriver à dire non (affirmer son comportement).

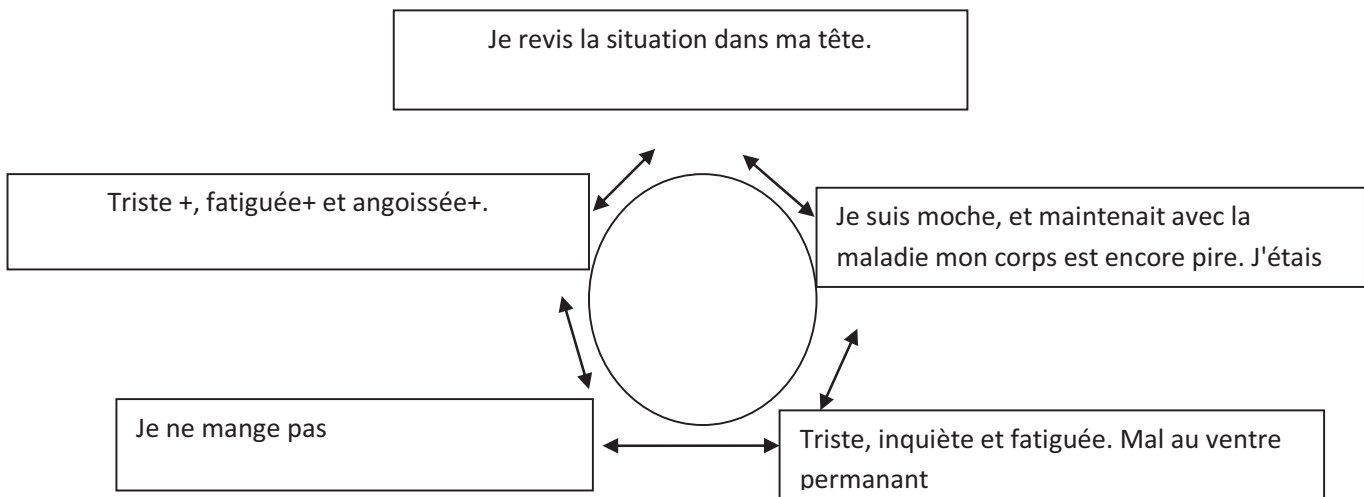
## **2. La psychoéducation :**

Une discussion a été faite sur l'anorexie, son incidence dans la population et la possibilité d'en guérir, le mécanisme de nos pensées irrationnelles qui nous guident dans les moments chargés par des émotions négatives, ainsi que le rôle des pensées automatiques et des images mentales dans les réactions de notre corps.

## **3. L'analyse fonctionnelle :**

J'ai demandé à la patiente de préciser une des situations les plus gênantes dans la vie quotidienne. Elle s'est rappelé d'une situation qu'elle avait vécue avec l'un de ses amis dans le passé, mais qu'elle continue à revivre constamment dans sa tête.

L'analyse fonctionnelle a été faite comme suit



Avec ce cercle, la patiente est arrivée à nouer les liens entre ses idées (revis la situation) et ses comportements inadaptés (rester enfermer, ne pas manger). Elle a compris le cercle dans le quel elle s'enferme à cause du tournage de cette situation. Elle a dit avoir répéter cette situation dans sa tête des dizaines de fois.

#### **4. Exemple de la concentration.**

J'ai expliqué à la patiente la technique de concentration qui a pour but de garder la conscience sans vagabonder. En suite, un exercice a été fait pour que la patiente apprenne à sentir ses sensations corporelles au présent et pas dans le passé. L'objet de la concentration était tout son corps.

J'ai demandé à la patiente de s'allonger sur son lit, en fermant les yeux et en respirant normalement. Ensuite, je lui ai demandé de représenter la situation gênante dans sa tête comme quand elle est seule, et de me décrire cette situation : quels personnages?, dans quel lieu?, qu'est ce qui est en train de se passer ? À la fin, je lui ai demandé de se concentrer sur son corps comme suit :



*(T) : concentrez- vous sur votre corps en totalité et de sa position sur le lit au moment présent. Respirerez normalement. Commencer à vous concentrer sur la nuque dans son contact avec le coussin. (Période de silence). Prenez conscience à la position de vos bras et recevez tous les sensations qui les traversent. Dite moi maintenant, ce que vous sentez ?*

*(P) : "Je sens mon corps lourd, un fourmillement dans mes bras, j'ai envie de dormir".*

*(T) : ouvrez les yeux pour quelques secondes et refermez les. Rappelez-vous que le but ce n'est pas de dormir ou de se relaxer, mais de prendre conscience le plus possible de vous sensations corporelles en ce moment.*

L'exercice a continué jusqu'à la concentration sur les pieds.

J'ai montré à la patiente que dans cet exercice, elle n'a pas suivi, comme d'habitude, la scène gênante quelle a déjà représenté dans sa tête. Elle a pu bloquer la chaîne de ses pensées négatives concernant le passé et le futur en se concentrant uniquement sur le moment présent.

J'ai expliqué à la patiente, qu'elle peut pratiquer la concentration avec des activités quotidiennes, sans besoin de s'allonger, et qu'il suffit de se concentrer sur le moment présent

À la fin de la séance, j'ai donné à la patiente comme tâches à domicile, de faire la concentration dans la vie quotidienne, au moins une fois par jour.

## **La séance 4-5**

Résumer la séance précédente.

La patiente avait écrit ses pensées négatives et ses émotions concernant son corps et surtout le ventre, sans que je lui aie demandé, elle voulait discuter à propos de ses idées.

Par le questionnement socratique et par la psychoéducation, les idées enregistrées ont été discutées.

En suite, la colonne de Beck a été remplie :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Pendant le repas, à la présence d'infirmière.	Culpabilité 90%  Angoisse 80%  Peur 90%	Je ne veux pas prendre du poids.  Je ne veux pas devenir grosse.  Si je deviens grosse, les gens vont me trouver moche. Je veux être belle	Je suis là pour guérir.  La prise du poids, n'est pas forcément : devenir grosse.  Le repas, ici, est bien préparé et étudié pour que notre corps reprenne sa forme normale qui adapte avec notre taille.	Culpabilité 40%  Angoisse 50%  Peur 50%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion :	Niveau de croyance : 80%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle : 60%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 45%

En plus de cette colonne, un exercice de concentration a été fait.

À la fin chaque séance, j'ai donnée à la patiente une tâche à faire à domicile. La première est de faire l'exercice de concentration dans les activités quotidiennes et enregistrer les pensées et les sensations ressenties. La deuxième étant d'enregistrer ses pensées sur une situation gênante, en précisant les arguments pour et contre de ces pensées.

Après la quatrième séance, la patiente est arrivée à manger un repas complet : " je suis passé au repas complet, c'est difficile mais je continuerai car j'ai déjà décidé de m'en sortir", a déclaré la patiente.

### **Les séances 6-8**

Résumer la séance précédente.

Ces deux séances incluent :

1. Discussion à propos des exercices effectués.
2. Travail sur l'affirmation de soi
3. La concentration.
4. La colonne de Beck.

- 1. Discussion à propos des exercices effectués :** Au début, une discussion a été effectuée sur la concentration et l'auto-enregistrement que la patiente avait fait. Elle dit avoir pratiqué l'exercice de concentration pendant les jours précédents, plusieurs fois par jour, ce qui l'a aidé à sortir de son passé, où elle était prisonnière.

Voici ce que la patiente avait enregistré comme pensées automatiques avec les arguments pour /contre

Les repas sont trop importants en quantité, ils sont trop caloriques ça va me faire grossir	
Pour	Contre
Je pense que je vais prendre du poids rapidement car on ne fait rien.	Mon corps a besoin de prendre un peu de pour être normale poids.  On ne fait pas rien, je lis, je réfléchis, je fais des activités manuelles, des jeux et cela me fait surement consommer l'énergie.  Mon corps n'est pas gros, c'est que dans ma tête.
J'ai peur que le médecin me laisse en isolement longtemps ce que va me faire grossir car je ne bouge pas.	L'intérêt de médecin n'est pas de me garder en isolement, je continue mes efforts pour les repas, contrôler mes pensées et des que je m'améliore, il me laissera sortir.

Selon la remarque de l'équipe, la patiente est devenu plus ouverte et plus capable à exprimer ses émotions et ses idées qu'avant la prise en charge.

### 1. Travail sur l'affirmation de soi :

Pour que la patiente arrive à être plus ouverte (selon la demande de patiente), on a décidé ensemble de travailler sur le terme : l'affirmation de soi.

J'ai expliqué le terme à la patiente en donnant des exemples de la vie quotidienne, en suite, la patiente a été invitée, à son tour à donner des exemples.

À la fin, j'ai précisé à la patiente un exercice d'affirmation de soi pour qu'elle le fasse en dehors de la séance.

Voici des exemples d'un exercice que la patiente avait fait en dehors de la séance pendant deux jours :

Les activités à réaliser	Les nombres de fois réalisée.
1) Je suis gênée, je m'exprime	×
2) Demander quelques choses aux autres	xxxx
3) Donner mon avis.	xxxxx
4) Dire non quand je n'ai pas envie de répondre aux demandes des autres.	xx
5) Dire ce que je veux au responsable au cabinet	n'est pas fait

## **2. La concentration :**

La patiente avait dit qu'elle n'avait pas de sensation de faim avant le repas. Je lui ai rappelé l'effet des pensées automatiques qui l'a obligé à suivre une série des pensées irrationnelles de façon rapide et automatique, pour qu'elle arrive finalement à être submergée par des imageries mentales négatives concernant le repas. Pour cela, un autre exercice de concentration a été fait. L'objet de la concentration était sur un repas imaginaire. (Lorsque la patiente était dans un cadre fermée, elle

n'était pas autorisée à manger n'importe quoi, en dehors des repas. Ainsi on ne pouvait pas faire la concentration sur un aliment donné)

*(T) : Allongez vous et fermez les yeux, inspirez normalement. Représentez-vous dans votre tête une scène, ou vous êtes à table avec votre famille. Sur la table il y a des plats délicieux que vous adorez. Dès que la scène est bien définie, dites-le moi. Dans cette soirée, vous êtes très belle, tout le monde vous admire. Alors, décrivez-moi votre corps : comment est-il : sa taille et sa forme ? Comment vous vous habillez ? Et décrivez-moi les plats en détail.*

La patiente a dit qu'elle voit son corps comme dans les photos sur le mur (lorsqu'elle pesait 50 kilos). Elle a décrit aussi quelques plats qu'elle préfère en détail.

*(T) : vous êtes heureuse et en pleine forme, commencez à vous servir le plat d'entrée. Prenez votre temps de représenter toute la scène et dites-moi ce que vous avez choisi. (Période de silence).*

*(P) : "une salade verte".*

*(T) : alors, commencez à manger votre salade, concentrez – vous sur le goût de la salade verte, fraîche et salée. (Période de silence). Restez concentrée sur le goût de ce que vous mangez. Quand vous finissez votre plat d'entrée, choisissez votre plat principal et commencez à le manger (La patiente a choisi des grillades). Inspirez profondément, regardez la viande dans votre plat, la couleur, la forme, etc. Sentez l'odeur de votre viande grillée, elle est bien cuite, elle est délicieuse. Concentrez – vous bien et commencez à manger le premier morceau de votre viande. Dites-moi ce que vous sentez et décrivez-moi son goût.*

*(P) : "Je sens parfaitement le goût de la viande grillée, elle est bien cuite salée et épicée, mais le morceau est trop grand".*

*(T) : ce n'est pas grave, pensez vous que c'est vous qui dirigez votre pensée. Vous pouvais finir ce morceau sans problème. Continuez à manger et avertissez-moi quand vous avez fini.*

Des que la patiente a fini son plat principal et son dessert (un grand morceau de gâteau au chocolat), je lui ai demandé de se concentrer sur le ventre, et de décrire ce qu'elle ressent. La patiente avait dit qu'elle ressentait que son estomac était vide, très vide et qu'elle avait faim : "là vraiment j'ai envie de manger" a dit la patiente.

La patiente était très contente et satisfaite, elle m'a demandé si elle pouvait pratiquer cette concentration de temps en temps pour provoquer la sensation de faim.

Je lui ai donné, comme tâche à domicile : réaliser des exercices de concentration une fois par jour.

### **3. La colonne de Beck :**

Cette colonne a été faite pour réparer les idées liées à une situation gênante pour la patiente :

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Après le repas, je regarde mon ventre	L'angoisse : 50% culpabilité : 40% peur : 30%	Il ne fallait pas que je mange de cette façon là, j'ai beaucoup mangé. 30%  J'ai peur du changement du mon corps.40%	J'avais décidé de guérir, alors il faut que je poursuive mes efforts.50%  C'est le moment de changer, personnellement, j'ai envie de changer.90%  Le changement s'installe petit à petit, et pas brutalement. 70%	L'angoisse : 10% Culpabilité : 30%; Peur : 20%
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion :  40%	Niveau de croyance :  35%	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle :  70%	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 20 %

## Les séances 9-11

Résumer les séances précédentes.



Discussion sur les idées enregistrées par la patiente. La patiente avait beaucoup progressée et elle a prit du poids de façon permanence sans en perdre. L'amélioration de son état lui permet de voir sa famille, sa mère et sa sœur, et de contacter son père.

Il était clair dans le discours de la patiente, qu'elle est bien arrivée à évaluer ses idées et ses comportements avec sa famille. Par exemple, elle a dit " quand je pense comment j'avais traité ma mère dans le passé, je ne trouve plus logique mon ancien comportement, et je me demande pourquoi j'avais réagis d'une telle façon". " La maladie avait influencé toute ma vie, même sur la façon de regarder les autres, je voyais tout à l'envers". "Ma mère a beaucoup souffert pour moi. Elle voulait m'aider mais moi je refusais toujours".

La patiente est arrivée à contacter son père, avec qui elle ne communiquait presque jamais, en lui écrivant une lettre. Lorsque il n'a pas répondu, elle a été gênée et inquiète en disant : " peut être, il préfère de ne pas me contacter".

La colonne de Beck a été faite pour cette situation.

La situation	L'émotion	Pensées automatique : (la pensée qui conduit à l'émotion)	Réponse rationnelle : (la pensée rationnelle qui répond à la pensée automatique)	Résultat : (réévaluation des émotions)
Mon père n'a pas encore répondu à ma lettre	L'angoisse : 60% colère : 70%	Il ne veut pas me contacter : 90%  Il en marre de mon maladie : 80%	Il n'a, peut n'être pas reçue la lettre.60%  Il veut répondre mais il a beaucoup de travail.90%	L'angoisse : 20%  La colère : 30%

		Il était toujours comme ça, il ne s'intéresse pas à moi et ma sœur : 90%	Il a oublié à cause de son travail. 50%	
	Evaluer l'intensité globale de l'émotion :	Niveau de croyance :	Niveau de croyance dans cette pensée rationnelle :	Evaluer l'intensité globale de l'émotion après analyse 20 %

Après la discussion la patiente a décidé de contacter son père par téléphone. Ainsi, un exercice d'affirmation de soi a été effectué.

Elle lui a téléphoné, elle a exprimée ses idées, ses émotions et son opinion sur lui et sa mère, et elle lui a demandé de venir la visiter.

La patiente était fière de son amélioration à tous les niveaux : la santé, et les relations familiales.

### **La séance 12-14**

Au début de la séance une évaluation de la thérapie a été faite avec la patiente, pour préciser quels sont les axes de travail qui ont été réalisés. La patiente a précisé ce qui suit :

- a) Dormir bien sans se réveiller pendant la nuit ni se réveiller trop tôt.
- b) Finir toujours son repas complet.
- c) Ne plus avoir mal au dos.

- d) La patiente a parlé d'un nouvel élément pour la première fois : elle a dit qu'elle voulait toujours que sa chambre soit rangée, chaque chose à sa place ...mais maintenant, ca lui était égal : " je ne me fixe plus sur des pensées pas logique", dit elle.
- e) Affirmer son comportement.
- f) Commencer la prise de poids.

Ce qu'il reste à travailler :

- 1) Prendre du poids jusqu'à arriver à son poids normal, celui qui correspond à sa taille.
- 2) Retrouver ses règles.
- 3) Ne Pas avoir mal au ventre.
- 4) Sortir de la clinique et vivre sa vie.

Comme la patiente sent de la lourdeur dans le ventre, on a commencé la séance par un exercice de concentration pour focaliser l'attention sur le ventre. Je lui ai demandé de se concentrer sur son corps et de ne penser qu'au moment présent. Après l'exercice, la patiente a dit qu'elle se sentait mieux mais la lourdeur n'était pas partie définitivement.

La patiente était gênée par la collation que le médecin avait décidé de rajouter. Alors, une discussion par le questionnement socratique sur l'importance de la collation a été effectuée, et la technique du pour/contre pour lutter contre les idées négatives et irrationnelles liées à la collation a été entreprise.

Le fait que je prenne la collation me gêne, j'aimerais bien que cela s'arrête.	
CONTRE	POUR
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Je pense que les médecins ont décidé que je prenne la collation parce que j'ai perdu du poids.</li> <li>• Il n'y a pas assez de temps entre le repas et la collation, alors beaucoup de fois je me n'ai pas faim pour la collation.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depuis que j'ai commencé le programme de thérapie cognitive, je n'ai pas perdu du poids.</li> <li>• En regardant mon corps je trouve qu'il a toujours besoin de gagner du poids.</li> <li>• La collation n'est pas un repas c'est une source d'énergie pour mon corps "faible" pendant la journée</li> <li>• Ce sont les médecins qui décident et je fais confiance à leur décision.</li> <li>• Ma capacité de prendre la collation est une preuve que mon corps est sur le bon chemin de la thérapie.</li> <li>• La collation est une partie du contrat dans la clinique, toutes les filles suivent le même programme.</li> <li>• C'est une démarche pour accélérer ma guérison.</li> <li>• Je peux considérer la collation comme un type de médicament qu'il faut que je prenne trois heures après le repas.</li> </ul>

Un exercice de concentration avant la collation a été demandée à la patiente comme une tâche à réaliser au domicile.

## **Les séances 15-17**

Résumer les séances précédentes.

Une discussion par le questionnement socratique sur la durée du séjour à l'hôpital.

Des discussions sur les exercices d'auto-enregistrement des idées et des émotions réalisés en dehors de la séance.

Une évaluation pour la progression de la patiente été faite avec elle :

- 1) Toujours une petite sensation de lourdeur du ventre, qui est normale selon les médecins, car son estomac n'a pas l'habitude de recevoir une telle quantité de nourriture.
- 2) Elle a progressé dans le contrat thérapeutique, elle est arrivée à la dernière étape où elle peut de temps en temps sortir de la clinique.
- 3) Elle n'a pas encore ses règles
- 4) Elle prend toujours du poids et son corps garde le poids pris.

Son estimation sur son corps est tout à fait réelle et loin d'être déformée.

## **La séance 18**

Remplir les échelles d'évaluation.

L'inventaire des troubles alimentaires		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Recherche de la minceur	10	3
2. Boulimie	1	0
3. Insatisfaction par rapport à son corps	8	3
4. Inefficacité perfectionnisme	5	3
5. Perfectionnisme	5	3
6. Méfiance interpersonnelle	4	2
7. Conscience intéroceptive	2	6
8. Peur de la maturité	1	0
9. Ascétisme	5	0
10. Contrôle des pulsions	0	3
11. Insécurité sociale	4	0

L'échelle de méta- cognition		
Les facteurs	Les notes (avant)	Les notes (après)
1. Croyances inquiètes positives	46	20
2. Croyances sur le danger incontrôlable.	30	22
3. Croyances sur les compétences cognitives.	19	22
4. Croyances générales négatives (la responsabilité, la superstition et la punition)	28	16
5. Cognitive auto- conscience.	12	8

Le type de coping	Les notes (avant)	Les notes (après)
Le coping problème	19	36
Le coping émotion	34	24
Le coping soutien social	19	28

Locus de contrôle avant et après la prise en charge : 10/8

Beck 21 avant et après la prise en charge : 24/6

Les courbes de poids des patientes présentées comme un exemple.

Mil. B. G



FICHE DE POIDS

Médecin traitant à la clinique :

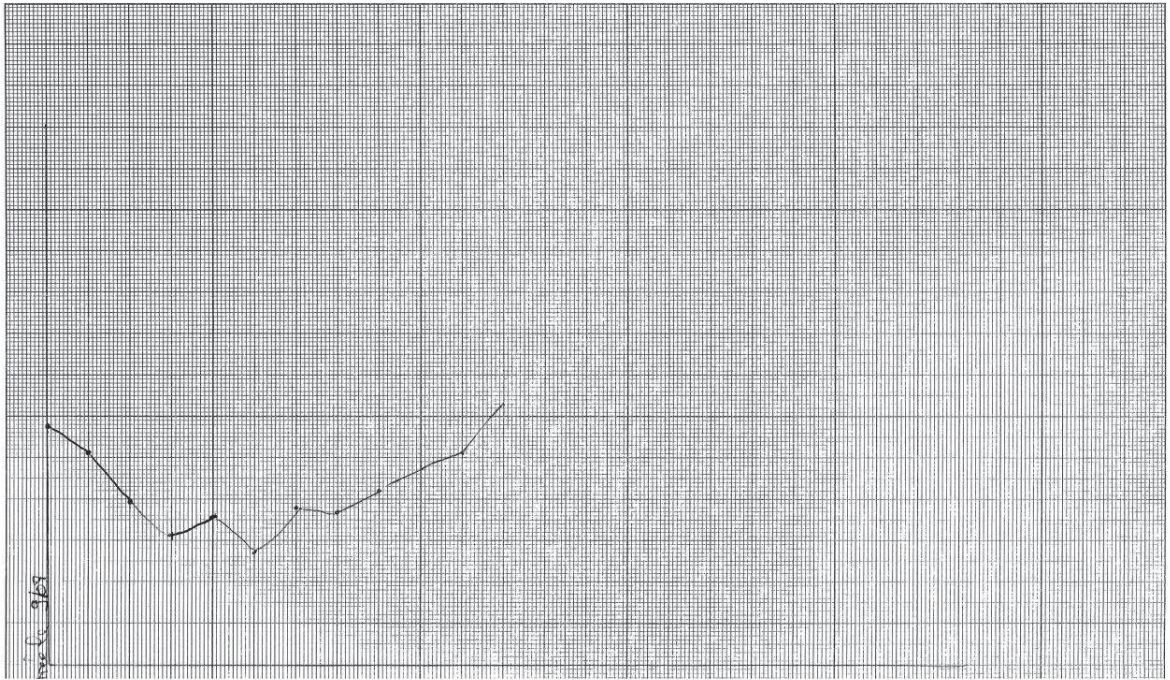
Infirmières référentes :

NOM : VADEBOIN

AGE : 17 ans

PRÉNOM : Guillemette

UNITÉ : Edouard Carrel



Mlle. C. F



FICHE N° POIDS

Médecins traitant à la clinique :

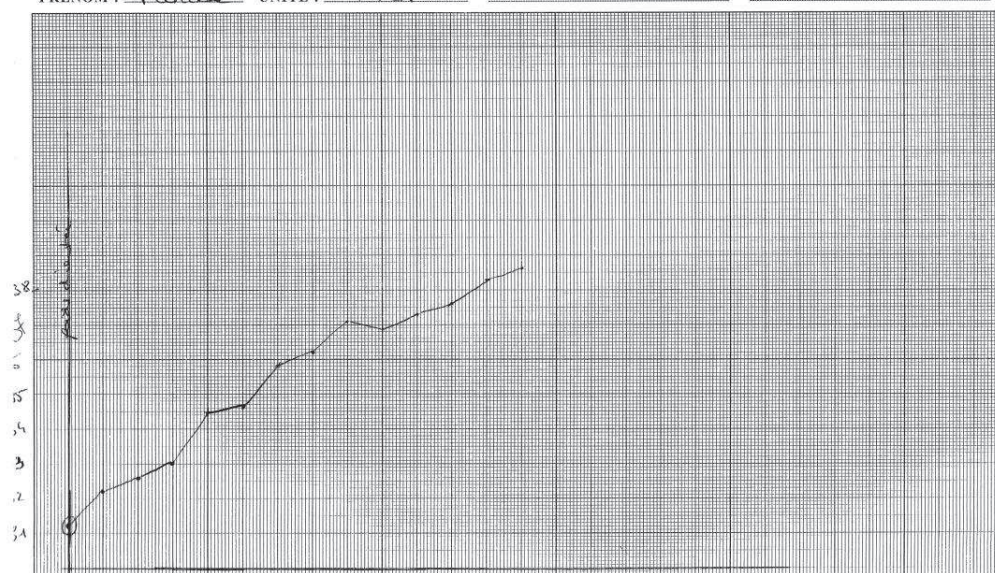
Infirmières référentes :

NOM : COUARD

AGE : 19 A

PRÉNOM : Floriane

UNITÉ : TGSA

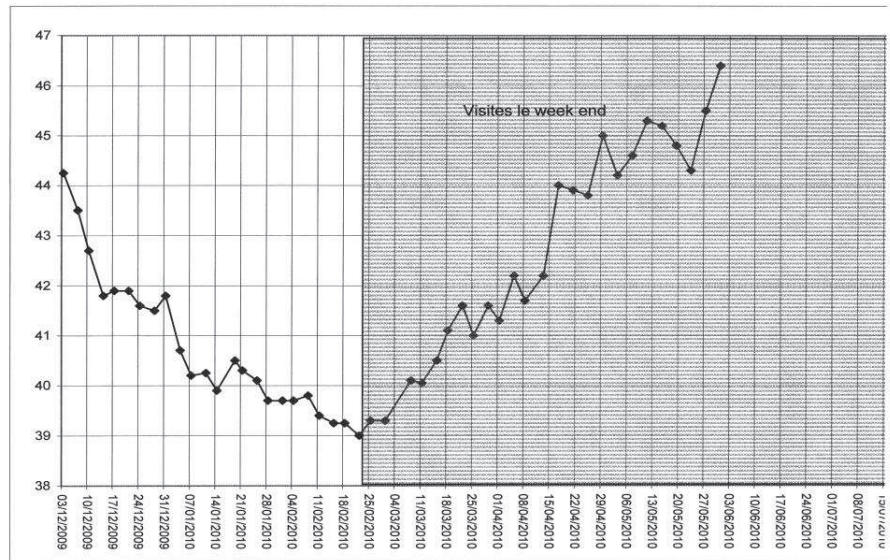


2. Les courbes et les poids enregistrée par l'hôpital des patientes incluses dans l'analyse qualitatives d'échantillon de st Etienne.

Mlle. B.

Bévin : p

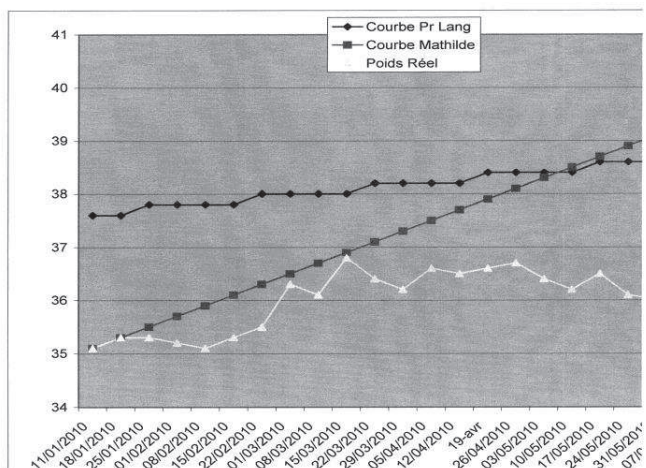
date	poids	bmi
03/12/2009	44,25	16,9
07/12/2009	43,5	16,6
10/12/2009	42,7	16,3
14/12/2009	41,8	15,9
17/12/2009	41,9	16,0
21/12/2009	41,9	16,0
24/12/2009	41,6	15,9
28/12/2009	41,5	15,8
31/12/2009	41,8	15,9
04/01/2010	40,7	15,5
07/01/2010	40,2	15,3
11/01/2010	40,25	15,3
14/01/2010	39,9	15,2
19/01/2010	40,5	15,4
21/01/2010	40,3	15,4
25/01/2010	40,1	15,3
28/01/2010	39,7	15,1
01/02/2010	39,7	15,1
04/02/2010	39,7	15,1
08/02/2010	39,8	15,2
11/02/2010	39,4	15,0
15/02/2010	39,25	15,0
18/02/2010	39,25	15,0
22/02/2010	39	14,9
25/02/2010	39,3	15,0
01/03/2010	39,3	15,0
08/03/2010	40,1	15,3
11/03/2010	40,05	15,3
15/03/2010	40,5	15,4
18/03/2010	41,1	15,7
22/03/2010	41,6	15,9
25/03/2010	41	15,6
29/03/2010	41,6	15,9
01/04/2010	41,3	15,7



MIL.M.

Mathilde Mejean

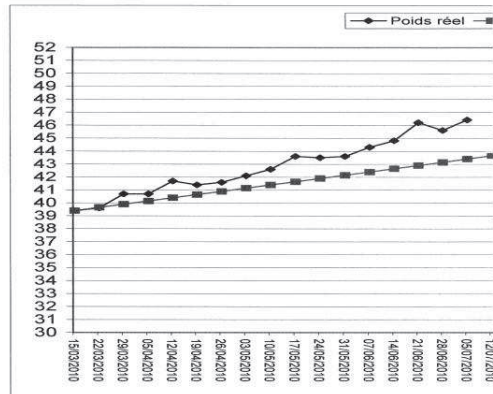
Dates	Courbe Pr Lang	Courbe Mathilde	Poids Réel
11/01/2010	37,6	35,1	35,1
18/01/2010	37,6	35,3	35,3
25/01/2010	37,8	35,5	35,3
01/02/2010	37,8	35,7	35,2
08/02/2010	37,8	35,9	35,1
15/02/2010	37,8	36,1	35,3
22/02/2010	38	36,3	35,5
01/03/2010	38	36,5	36,3
08/03/2010	38	36,7	36,1
15/03/2010	38	36,9	36,8
22/03/2010	38,2	37,1	36,4
29/03/2010	38,2	37,3	36,2
05/04/2010	38,2	37,5	36,6
12/04/2010	38,2	37,7	36,5
19-avr	38,4	37,9	36,6
26/04/2010	38,4	38,1	36,7
03/05/2010	38,4	38,3	36,4
10/05/2010	38,4	38,5	36,2
17/05/2010	38,6	38,7	36,5
24/05/2010	38,6	38,9	36,1
31/05/2010	38,6	39,1	36
07/06/2010	38,6	39,3	35,9
10/06/2010	38,8	39,4	36,2
14/06/2010	38,8	39,5	36
17/06/2010	38,8	39,6	36,3
21/06/2010	38,8	39,7	36,85
24/06/2010	38,8	39,7	36,7
28/06/210	38,8	39,8	37
01/07/2010	39	39,9	36,9
05/07/210	39	40	37
12/07/2010	39	40,1	37,4
19/07/2010	39	40,2	37,4
26/07/2010	39	41,3	38



MILJ.

Justine

Date	Poids réel	Poids demandé
15/03/2010	39,4	39,4
22/03/2010	39,6	39,65
29/03/2010	40,7	39,9
05/04/2010	40,7	40,15
12/04/2010	41,7	40,4
19/04/2010	41,4	40,65
26/04/2010	41,6	40,9
03/05/2010	42,1	41,15
10/05/2010	42,6	41,4
17/05/2010	43,6	41,65
24/05/2010	43,5	41,9
31/05/2010	43,6	42,15
07/06/2010	44,3	42,4
14/06/2010	44,8	42,65
21/06/2010	46,2	42,9
28/06/2010	45,6	43,15
05/07/2010	46,4	43,4
12/07/2010		43,65
19/07/2010		43,9
26/07/2010		44,15
02/08/2010		44,4
09/08/2010		44,65
16/08/2010		44,9
23/08/2010		45,15
30/08/2010		45,4
06/09/2010		45,65
13/09/2010		45,9
20/09/2010		46,15
27/09/2010		46,4
04/10/2010		46,65
11/10/2010		46,9
18/10/2010		46,9
25/10/2010		46,9
01/11/2010		46,9
08/11/2010		46,9



### 3. Les échelles d'évaluation :

#### Echelle de Beck 21 (Cottraux,1985)

Ce questionnaire comporte plusieurs séries de 4 propositions. Pour chaque série, choisissez la proposition qui décrit le mieux votre état actuel.

Entourez le numéro qui correspond à la proposition choisie. Si, dans une série, plusieurs propositions vous paraissent convenir, entourez les numéros correspondants.

I 0 Je ne me sens pas triste

1 Je me sens cafardeux ou triste

2a Je me sens tout le temps cafardeux ou triste et je n'arrive pas à en sortir

2b Je suis si triste et si malheureux que je ne peux pas le supporter

---

II 0 Je ne suis pas particulièrement découragé ou pessimiste au sujet de l'avenir

1 J' ai un sentiment de découragement au sujet de l'avenir

2a Pour mon avenir, je n'ai aucun motif d'espérer

2b Je sens qu'il n'y a aucun espoir pour mon avenir et que la situation ne peut s'améliorer

---

III 0 Je n'ai aucun sentiment d'échec de ma vie

1 J' ai l'impression que j'ai échoué dans ma vie plus que la plupart des gens

2a J' ai l'impression d'avoir accompli très peu de choses valables ou ayant une signification quelconque

2b Quand je regarde ma vie passée, tout ce que j'y découvre n'est qu'échecs

3 J' ai un sentiment d'échec complet dans toute ma vie personnelle (dans mes relations avec mes parents, mon conjoint, mes enfants)

---

IV 0 Je ne me sens pas particulièrement insatisfait

1a Je m'ennuie la plupart du temps

1b Je ne sais pas profiter agréablement des circonstances

2 Je ne tire plus aucune satisfaction de quoi que ce soit

3 Je suis mécontent de tout

---



- V 0 Je ne me sens pas coupable
- 1 Je me sens mauvais ou indigne une bonne partie du temps
- 2a Je me sens coupable
- 2b Je me sens mauvais ou indigne pratiquement tout le temps
- 3 Je me juge très mauvais et j'ai l'impression que je ne vauds rien
- 

- VI 0 Je n'ai pas l'impression de mériter une punition
- 1 J'ai l'impression que quelque chose de désagréable va m'arriver
- 2 J'ai l'impression d'être puni ou que je vais être puni
- 3a J'ai l'impression que je mérite d'être puni
- 3b Je veux être puni
- 

- VII 0 Je ne suis pas déçu par moi-même
- 1a Je suis déçu par moi-même
- 1b Je ne m'aime pas
- 2 Je me dégoûte moi-même
- 3 Je me hais
- 

- VIII 0 Je n'ai pas l'impression d'être pire que n'importe qui
- 1 J'ai un vif sens critique à propos de mes faiblesses ou de mes erreurs
- 2a Je me blâme pour tout ce qui ne va pas
- 2b J'ai le sentiment d'avoir commis beaucoup de fautes graves
- 

- IX 0 Je ne pense jamais à me faire du mal

- 1 Je pense parfois à me faire du mal mais je ne le ferai pas
  - 2a Je pense que la mort me libèrerait
  - 2b J'ai des plans précis pour me suicider
  - 2c J'ai l'impression que ma famille serait libérée si j'étais mort
  - 3 Si je le pouvais, je me tuerais
- 

- X 0 Je ne pleure pas plus que d'habitude
- 1 Je pleure plus souvent qu'auparavant
  - 2 Maintenant je pleure plus souvent, et je ne peux m'arrêter
  - 3 Il m'arrivait parfois de pleurer, mais maintenant, bien que je le désire, je ne  
peux plus pleurer
- 

- XI 0 Je ne suis pas plus irritable qu'autrefois
- 1 Je me fâche ou je suis irrité plus facilement qu'autrefois
  - 2 Je suis toujours irrité
- 

- XII 0 Je n'ai pas perdu l'intérêt pour les autres gens
- 1 Maintenant je m'intéresse moins aux autres gens qu'autrefois
  - 2 J'ai perdu presque tout l'intérêt que je portais aux autres gens et j'ai peu de  
sentiments pour eux
  - 3 J'ai perdu tout intérêt pour les autres et ils m'indiffèrent totalement
- 

- XIII 0 Je suis capable de me décider aussi facilement que de coutume
- 1 Je suis moins sûr de moi maintenant et j'essaie de ne pas avoir à prendre de

décisions.

- 2 Si l'on ne m'aide pas je ne peux plus prendre de décisions
- 3 Je suis incapable de prendre la moindre décision

---

XIV 0 Je n'ai pas le sentiment d'être plus laid qu'avant

- 1 J'ai peur de paraître laid ou disgracieux
- 2 J'ai l'impression qu'il y a un changement permanent dans mon apparence
- 3 J'ai l'impression d'être laid et repoussant

---

XV 0 Je travaille aussi facilement qu'auparavant

- 1a Il me faut faire un effort supplémentaire pour commencer à faire quelque chose
- 1b Je ne travaille plus aussi bien qu'avant
- 2 Il faut que je fasse un très grand effort pour me mettre à faire quelque chose
- 3 Je suis incapable de faire le moindre travail

---

XVI 0 Je dors aussi bien que de coutume

- 1 Le matin je me réveille plus fatigué qu'autrefois
- 2 Je me réveille deux heures plus tôt que de coutume et il m'est difficile de retrouver le sommeil
- 3 Je me réveille très tôt chaque jour, et je ne peux dormir plus de cinq heures

---

XVII 0 Je ne me fatigue pas plus que d'habitude

- 1 Je suis fatigué plus facilement que d'habitude
- 2 Faire quoi que ce soit me fatigue



3 Je suis trop fatigué pour faire quoi que ce soit

---

XVIII 0 Mon appétit est toujours aussi bon

1 Mon appétit n'est pas aussi bon que d'habitude

2 Mon appétit est beaucoup moins bon maintenant

3 Je n'ai plus du tout d'appétit

---

XIX 0 Je n'ai pas perdu de poids volontairement ou si j'en ai perdu c'est tout récent

1 J'ai perdu plus de deux kilos

2 J'ai perdu plus de quatre kilos

3 J'ai perdu plus de sept kilos

---

XX 0 Ma santé ne me préoccupe pas plus que d'habitude

1 Je suis préoccupé par des douleurs, des maux de ventre, de la constipation, ou parce que je ressens des sensations physiques désagréables.

2 Je m'inquiète tellement de ce que je ressens qu'il m'est difficile de penser à autre chose.

3 Je suis totalement absorbé par ce que je ressens physiquement

---

XXI 0 Je n'ai noté aucune modification récente de mon appétit sexuel

1 Je suis moins intéressée que d'habitude par les choses sexuelles

2 Je suis maintenant beaucoup moins intéressée par les choses sexuelles

3 J'ai perdu tout intérêt pour les choses sexuelles

L'échelle de locus de contrôle : (Cottraux, 1985).

Ci-dessous, nous vous présentons 29 thèmes comprenant chacun deux propositions. Lisez chacune des deux propositions et indiquez la réponse qui vous convient le mieux en cochant la case correspondante. **Nous vous rappelons qu'il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse**, seul importe votre point de vue.

1. a. Si les enfants ont des ennuis, c'est parce que leurs parents ☐  
les punissent trop souvent.

b. De nos jours, le problème avec les enfants, c'est que leurs parents ☐  
Leur rendent la vie trop facile.

---

2. a. La plupart des événements malheureux dans la vie ☐  
des gens tiennent, en partie, à la malchance.

b. Les malheurs des gens tiennent aux erreurs qu'ils commettent. ☐

---

3. a. L'une des principales raisons qui expliquent les guerres, ☐  
c'est que les gens ne s'intéressent pas suffisamment à la politique.

b. Il y aura toujours des guerres, peu importe les efforts des gens ☐  
pour les éviter.

---

4. a. À long terme, les gens obtiennent le respect qu'ils méritent. ☐

b. Malheureusement, la valeur des gens n'est souvent  
pas reconnue, peu importe les efforts qu'ils y mettent. ☐

---

5. a. Il est insensé de penser que les professeurs sont injustes  
envers leurs étudiants. ☐

b. La plupart des étudiants ignorent la mesure dans laquelle  
des circonstances fortuits influent sur la note qui leur est attribuées. ☐

---

6. a. Sans un peu de chance, il est impossible de devenir  
un leader efficace. ☐

b. Les gens compétents qui ne deviennent pas des leaders  
n'ont pas su saisir les occasions qu'ils ont eues. ☐

---

7. a. Peu importe ce que vous ferez, certaines personnes  
ne vous aimeront pas. ☐

b. Les gens qui ne parviennent pas à se faire aimer des autres  
ne comprennent pas comment bien s'entendre avec autrui. ☐

8. a. L'hérédité joue un rôle important dans le façonnement  
de notre personnalité. ☐

b. Ce sont les expériences vécues qui déterminent ☐  
ce que deviennent les gens.

---

9. a. J'ai souvent constaté que ce qui doit se produire, se produit. ☐

b. Faire confiance au destin n'a jamais donné d'aussi bons résultats ☐  
que de décider soi-même du plan d'action à suivre.

---

10. a. Quand un étudiant s'est bien préparé, il y a très rare ☐  
qu'il qualifie un examen d'injuste.

b. Souvent, les questions d'examen ont tendance à n'avoir ☐  
aucun lien avec la matière abordée durant le cours de sorte  
qu'il est vraiment inutile d'étudier.

---

11. a. Pour réussir il faut travailler fort; la chance a peu ou rien à voir ☐  
avec la réussite.

b. Pour décrocher un bon emploi, il faut d'abord et avant tout être ☐  
au bon endroit au bon moment.

---

12. a. Le citoyen moyen peut influencer sur les décisions du gouvernement. ☐

b. Le monde est dirigé par quelques personnes qui ont du pouvoir; il y a ☐

pratiquement rien que peuvent y faire monsieur et madame tout le monde.

---

13. a. Quand je fais des plans, je suis presque toujours certain ☐  
de pouvoir les réaliser.

b. Il n'est pas toujours sage de planifier longtemps d'avance ☐  
lorsque bon nombre de choses tiennent, de toute façon,  
à la chance ou à la malchance.

---

14. a. Il y a des personnes qui sont vraiment mauvaises. ☐

b. Il y a du bon chez chacun d'entre nous. ☐

---

15. a. Dans mon cas, obtenir ce que je veux a peu ou rien à voir ☐  
avec la chance.

b. Souvent, il vaudrait mieux décider quoi faire à tirant à pile ou face. ☐

16. a. Quand une personne est nommée patron, cela tient souvent ☐  
au fait qu'elle était au bon endroit au bon moment.

b. Obtenir des gens qu'ils fassent ce qu'il y a à faire tient ☐  
à vos aptitudes, la chance a peu ou rien à y voir.

---

17. a. En ce qui concerne les affaires mondiales, la plupart ☐  
d'entre nous sommes des victimes de forces que

nous ne comprenons pas ou que nous ne contrôlons pas.

- b. En participant activement aux affaires politiques et sociales, ☐  
les gens peuvent exercer un contrôle sur les événements mondiaux.

- 
18. a. La plupart des gens ignorent la mesure dans laquelle ☐  
c'est le hasard qui régit leur vie.

- b. La chance, ça n'existe pas. ☐

- 
19. a. Il faut toujours être prêt à admettre nos erreurs. ☐

- b. Il est habituellement préférable de cacher nos erreurs. ☐

- 
20. a. Il est difficile d'établir si une personne nous aime vraiment ou non. ☐

- b. Le nombre de vos amis tient à la mesure dans laquelle ☐  
vous êtes une personne gentille.

- 
21. a. À long terme, on constate qu'il y a un équilibre entre ☐  
les bonnes choses et les mauvaises choses qui nous arrivent.

- b. La plupart des malchances tiennent à notre manque d'aptitudes, ☐  
à l'ignorance, à la paresse ou aux encore aux trois à la fois.

22. a. Si nous y mettons l'effort, nous pourrions enrayer la corruption dans les milieux politiques. ☐

b. Il est difficile pour les gens d'exercer vraiment du contrôle sur ce que les politiciens font une fois élus. ☐

---

23. a. Parfois, je ne parviens pas à comprendre comment les professeurs attribuent leurs notes. ☐

b. Il y a un lien direct entre le temps que je consacre à mes études et les notes que j'obtiens. ☐

24. a. Un bon leader s'attend des gens qu'ils décident par eux-mêmes de ce qu'ils devraient faire. ☐

b. Un bon leader précise à chacun de ce qui est attendu d'eux. ☐

---

25. a. Souvent, j'ai l'impression d'exercer peu d'influence sur ce qui m'arrive. ☐

b. Je n'accepte pas que la chance joue un rôle important dans ma vie. ☐

---

26. a. Si les gens se sentent seuls, c'est parce qu'ils n'essaient pas de se comporter de façon amicale. ☐

b. Ça ne sert à rien de trop en faire pour plaire aux gens; ils vous aimeront ou ils ne vous aimeront pas. ☐

---

27. a. On donne trop d'importance à l'athlétisme dans les écoles secondaires. ☐

b. Les sports d'équipe sont une excellente façon de former le caractère. ☐

---

28. a. Ce qui m'arrive dépend de ce que je fais. ☐

b. Parfois, j'estime ne pas avoir suffisamment de contrôle sur la direction que prend ma vie. ☐

---

29. a. La plupart du temps, je ne comprends pas pourquoi les politiciens se comportent comme ils le font. ☐

b. À long terme, ce sont les gens qui sont responsables des mauvaises décisions des gouvernements, tant à l'échelle nationale que locale. ☐

L'échelle de métacognition : ( Brouillet, 2009)

#### META-COGNITIONS QUESTIONNAIRE

Nous sommes intéressés par les croyances que les gens ont concernant leurs pensées. Vous trouverez ci-dessous un certain nombre de croyances ; veuillez lire chacune de ces croyances et indiquer dans quelle mesure vous êtes en général d'accord, en entourant la réponse appropriée.

Veuillez répondre à toutes les phrases, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses.

Sexe : ..... Age : .....



- |   | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| 1. Le fait de m'inquiéter m'aide à éviter des problèmes qui pourraient survenir.                                |   |   |   |   |
| 2. Le fait de m'inquiéter est dangereux pour moi.   |   |   |   |   |
| 3. Parfois je ne sais pas si j'ai réellement fait quelque chose, ou si je l'ai seulement imaginé.               |   |   |   |   |
| 4. Je réfléchis beaucoup sur mes pensées.   |   |   |   |   |
| 5. Le fait de m'inquiéter pourrait me rendre malade.  |   |   |   |   |
| 6. Je suis conscient(e) de la façon dont mon esprit fonctionne quand j'examine un problème en détail.           |   |   |   |   |
| 7. Si je ne contrôle pas une pensée inquiétante et puis qu'elle arrive, je considérerais que c'est de ma faute. |   |   |   |   |
| 8. Si je me laisse dépasser par mes inquiétudes, c'est elles qui finiront par me contrôler.                     |   |   |   |   |
| 9. J'ai besoin de me tracasser pour rester organisé(e).   |   |   |   |   |
| 10. J'ai peu confiance en ma mémoire pour les mots et pour les noms.  |   |   |   |   |
| 11. Mes inquiétudes persistent, même si j'essaye de les arrêter.  |   |   |   |   |
| 12. L'inquiétude m'aide à mettre de l'ordre dans ma tête.   |   |   |   |   |
| 13. Je ne peux pas ignorer mes inquiétudes.   |   |   |   |   |
| 14. Je garde le contrôle sur mes pensées.   |   |   |   |   |
| 15. Je devrais garder en permanence le contrôle sur mes pensées.  |   |   |   |   |

16. Ma mémoire peut parfois  
m'induire en erreur.
17. Je pourrais être puni(e) pour ne pas avoir certaines pensées.
18. Mon inquiétude pourrait  
me rendre fou (folle).
19. Si je n'arrête pas mes inquiétudes,  
celles-ci pourraient se réaliser.
20. Je mets rarement mes pensées en doute.
21. Le fait de me tracasser me rend  
physiquement très tendu(e).
22. Le fait de me tracasser m'aide à  
éviter des situations désastreuses.
23. Je suis en permanence conscient(e)  
de mes pensées.
24. J'ai une mauvaise mémoire.
25. Je prête beaucoup d'attention à la  
façon dont mon esprit fonctionne.
26. Les gens qui ne se tracassent pas sont  
des gens superficiels.
27. L'inquiétude m'aide à m'adapter aux choses.
28. Je pense ne pas avoir fait certaines choses,  
puis je doute du souvenir que j'ai de  
ne pas les avoir faites.
29. Le fait de ne pas pouvoir contrôler mes  
pensées est un signe de faiblesse.

30. Si je ne me tracassais pas, je ferais plus d'erreurs.

31. Je trouve difficile de contrôler mes pensées.

32. Si on se tracasse, c'est le signe qu'on  
est quelqu'un de bien.

33. Les tracas pénètrent mes pensées contre ma volonté.

34. Si je ne parvenais pas à contrôler mes pensées,  
je deviendrais fou (folle).

35. Je serai perdant(e) dans la vie  
si je ne me tracasse pas.

36. Quand je commence à me tracasser,  
je ne peux pas m'arrêter.

37. J'aurai toujours à garder le contrôle  
sur certaines de mes pensées.

38. Je dois me tracasser pour que  
les choses soient faites.

39. Je serai puni(e) pour ne pas avoir  
contrôlé certaines pensées.

40. Mes pensées interfèrent avec ma concentration.

41. Je n'ai aucun problème à laisser  
errer mes pensées librement.

42. Je m'inquiète des pensées qui me viennent.

43. Je suis facilement distrait(e).

44. Mes inquiétudes ne sont pas productives pour moi.

45. Le fait de m'inquiéter peut m'empêcher

d'y voir clair dans une situation.

46. Le fait de m'inquiéter m'aide  
à résoudre les problèmes.

47. J'ai peu confiance en  
ma mémoire pour les lieux.

48. Mes inquiétudes sont incontrôlables.

49. Ce n'est pas bien d'avoir certaines pensées.

50. Si je ne contrôle pas mes pensées,  
je peux finir par être gêné(e) moi-même.
51. Je n'ai pas confiance en ma mémoire.
52. C'est quand je me tracasse que  
j'y vois le plus clair.
53. Mes inquiétudes apparaissaient  
automatiquement.
54. Je serais égoïste si je  
ne me tracassais jamais.
55. Si je ne contrôlais pas mes pensées,  
je ne serais pas capable de fonctionner.
56. Pour bien travailler,  
j'ai besoin de m'inquiéter.
57. J'ai peu confiance en  
ma mémoire pour les actions.
58. J'ai des difficultés à rester concentré(e) sur  
une chose pendant une période assez longue.
59. Si une mauvaise chose arrivait pour laquelle  
je ne me suis pas tracassé(e), je me  
sentirais responsable.
60. Ce ne serait pas normal si je ne me tracassais pas.
61. J'examine constamment mes pensées.
62. Si je cessais de me tracasser,  
je deviendrais désinvolte et arrogant(e).
63. Le fait de me tracasser m'aide à planifier  
l'avenir plus efficacement.

64. Je serais une personne plus forte

si j'arrivais à moins me tracasser.

65. Je serais stupide et prétentieux(euse)

si je ne me tracassais pas.

**Veillez vérifier que vous avez répondu à toutes les questions**

**Merci pour votre collaboration**

L'échelle de coping : (Paulhan, 1995).

Pensez à une situation stressante que vous avez connue durant les derniers mois (qui vous a particulièrement interpellé ou troublé).

1. Précisez l'intensité de malaise, de stress qu'a suscité chez vous cette situation : .../3

(Bas = 1 ; Moyen = 2 ; Fort = 3)

2. Indiquez, parmi les propositions suivantes, les stratégies que vous avez utilisée pour faire face à ce problème. Pour cela, il vous suffit de **cocher la case correspondant** à votre réponse.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. J'ai établi un plan d'action et je l'ai suivi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'ai souhaité que la situation disparaisse ou finisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. J'ai parlé à quelqu'un de ce que je ressentais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je me suis battu pour ce que je voulais	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. J'ai changé positivement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai pris les choses une par une	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. J'ai souhaité pouvoir changer ce qui est arrivé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Je me suis senti mal de ne pouvoir éviter le problème				
9. Je me suis concentré sur un aspect positif qui pourrait apparaître après				
10. J'ai discuté avec quelqu'un pour en savoir plus au sujet de la situation				
11. J'ai espéré qu'un miracle se produirait				
12. Je suis sorti plus fort de la situation				
13. J'ai changé les choses pour que tout puisse bien finir				
14. Je me suis culpabilisé				
15. J'ai contenu (gardé pour moi) mes émotions				
16. J'ai demandé des conseils à une personne digne de respect et je les ai suivis				
17. J'ai essayé de ne pas agir de manière précipitée ou de suivre la première idée				
18. J'ai parlé à quelqu'un qui pouvait agir concrètement au niveau du problème				
19. J'ai sollicité l'aide d'un professionnel et j'ai fait ce que l'on m'a conseillé				
20. J'ai essayé de ne pas m'isoler				
21. J'ai pensé à des choses irréelles ou fantastiques pour me sentir mieux				
22. J'ai accepté la sympathie et la compréhension de quelqu'un				
23. J'ai essayé de tout oublier				
24. J'ai trouvé une ou deux solutions au problème				
25. J'ai souhaité pouvoir changer d'attitude				
26. Je savais ce qu'il fallait faire, aussi j'ai redoublé d'efforts et j'ai fait tout mon possible pour y arriver				
27. Je me suis critiqué(e) ou sermonné(e)				

L'échelle de TCA : (Cottraux,2005)





F. Si votre poids a beaucoup changé au cours des années, y en a-t-il un auquel vous revenez toujours quand vous ne faites pas de régime? OUI \* NON \*  
Si oui, quel est ce poids? : ..... kilos  
A quel âge avez-vous atteint ce poids? : à ..... ans

G. Quelle a été votre perte de poids la plus importante? : ..... kilos  
Avez-vous perdu ce poids volontairement? : OUI \* NON \*  
Jusqu'à quel poids êtes-vous descendu(e)? : ..... kilos  
A quel âge avez-vous atteint ce poids? : à ..... ans

H. Quel serait votre poids, à votre avis, si vous n'essayiez pas de le contrôler? : ..... kilos

I. Quel poids souhaiteriez-vous avoir actuellement? : ..... kilos

J. A quel âge avez-vous connu vos premiers problèmes de poids (si vous en avez)? : à ..... ans

K. Profession de votre père : .....

L. Profession de votre mère : .....

(\*) *Barrer les mentions inutiles*

#### Consignes

Les questions portent sur vos attitudes, vos sentiments et votre comportement. Certaines ont trait à la nourriture et à votre comportement alimentaire, et d'autres concernent les sentiments que vous éprouvez à votre sujet. Pour chaque question, décidez si l'affirmation est vraie pour vous...

**Toujours, en général, souvent, quelquefois, rarement ou jamais.**

et mettez une croix dans la case correspondante. Répondez à toutes les questions, en vous assurant que vous avez placé la croix à la bonne place. N'effacez pas! Si vous voulez modifier votre réponse, tracez une autre croix sur la bonne réponse et ensuite entourez-la.

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
1. Je mange des sucreries et des hydrates de carbone sans crainte.						
2. Je trouve mon ventre trop gros.						
3. J'aimerais pouvoir recouvrer la sécurité de l'enfance.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
4. Je mange, lorsque je suis ému(e)/ bouleversé(e)/ contrarié(e)?						
5. Je me gave de nourriture.						
6. J'aimerais pouvoir être plus jeune.						
7. Je pense à faire un régime alimentaire.						
8. J'ai peur quand mes sentiments sont trop intenses.						
9. Je trouve mes cuisses trop grosses.						
10. Je me sens incapable.						
11. Je me sens extrêmement coupable, quand j'ai trop mangé.						
12. Je trouve que mon ventre est juste de la bonne taille.						
13. Seules les performances exceptionnelles sont reconnues dans ma famille.						
14. La période la plus heureuse de la vie, c'est quand on est enfant.						
15. Je montre ouvertement mes sentiments.						
16. J'ai très peur de prendre du poids.						
17. Je fais confiance aux autres.						
18. Je me sens seul(e) au monde.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
19. Je suis satisfait(e) de la forme de mon corps (de ma silhouette).						
20. Globalement, j'ai le sentiment de maîtriser les choses, dans ma vie.						
21. J'ai de la difficulté à reconnaître mes émotions.						
22. Je préfère être un adulte, plutôt qu'un enfant.						
23. Je peux facilement communiquer avec autrui.						
24. J'aimerais être quelqu'un d'autre.						
25. J'exagère l'importance de mon poids.						
26. Je peux clairement identifier les émotions que je ressens.						
27. Je me sens inadéquat(e).						
28. J'ai eu des crises de frénésie alimentaire, avec l'impression que je ne pourrais plus jamais m'arrêter.						
29. Enfant, je faisais de grands efforts pour ne pas décevoir mes parents et enseignants.						
30. J'établis des relations assez proches.						
31. J'aime bien la forme de mes fesses.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
32. Je suis préoccupée par le désir d'être plus mince.						
33. Je ne sais pas ce qui se passe en moi.						
34. J'ai de la peine à exprimer mes émotions à autrui.						
35. Les exigences de l'âge adulte sont trop élevées.						
36. Je déteste ne pas être parmi les meilleur(e)s dans tout ce que j'entreprends.						
37. Je me sens sûr(e) de moi.						
38. Je pense à faire des crises de frénésies alimentaires.						
39. Je suis heureux(se) de ne plus être un enfant.						
40. Je ne peux pas savoir clairement si j'ai faim ou non.						
41. J'ai une mauvaise opinion de moi-même.						
42. J'ai le sentiment de pouvoir réaliser mes ambitions.						
43. Mes parents ont attendu de moi que je réalise d'excellentes performances.						
44. J'ai peur de perdre le contrôle de mes sentiments.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
45. Je trouve mes hanches trop larges.						
46. Je mange modérément en présence des autres, et me gave après leur départ.						
47. Je me sens bouffi(e) es/ou ballonné(e) après un repas normal.						
48. J'ai l'impression que c'est pendant l'enfance que les gens sont le plus heureux.						
49. Si je prends 500 grammes, j'ai peur de continuer à prendre du poids.						
50. Je me sens quelqu'un de valable.						
51. Quand je suis ému(e), je ne sais plus si je suis triste, effrayé(e), ou en colère.						
52. Je trouve que je dois faire les choses à la perfection, ou pas du tout.						
53. J'ai l'idée d'essayer de vomir pour perdre du poids.						
54. J'ai besoin de maintenir les autres à une certaine distance (et me sens mal à l'aise si quelqu'un essaie de trop se rapprocher de moi).						
55. Je trouve mes cuisses juste de la bonne taille.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
56. Je me sens vide, intériorité (émotionnellement).						
57. Je peux évoquer mes pensées ou mes sentiments personnels.						
58. On vit ses meilleures années quand on devient adulte.						
59. Je trouve mes fesses trop grosses.						
60. J'ai des sentiments que je ne peux pas identifier tout à fait.						
61. Je mange ou bois en cachette.						
62. Je trouve mes hanches juste de la bonne taille.						
63. Mes objectifs sont extrêmement élevés.						
64. Quand je suis ému(e), j'ai peur de me mettre à manger.						
65. Les gens que j'aime vraiment finissent par me décevoir.						
66. J'ai honte de mes faiblesses humaines.						
67. Les autres diraient que je suis émotionnellement instable.						
68. J'aimerais contrôler totalement les besoins de mon corps.						
69. Je me sens détendu(e) dans la plupart des situations de groupe.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
70. Je dis des choses impulsivement, et le regrette ensuite.						
71. Je me donne beaucoup de mal pour éprouver du plaisir.						
72. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de substances telles que des médicaments, ou d'autres.						
73. Je suis sociable avec la plupart des gens.						
74. Je me sens piégé(e) dans les relations.						
75. Les privations que je m'impose me renforcent spirituellement.						
76. Les gens comprennent mes vrais problèmes.						
77. Je ne parviens pas à me débarrasser de pensées étranges.						
78. Manger pour le plaisir est un signe de faiblesse morale.						
79. J'ai tendance à faire des éclats de colère ou de rage.						
80. J'ai l'impression que les gens m'accordent l'estime que je mérite.						
81. Je dois faire attention à ma tendance à abuser de l'alcool.						
82. Je crois que se détendre n'est qu'une perte de temps.						

	Tou- jours	En général	Sou- vent	Quelque- fois	Rare- ment	Jamais
83. On dit que je m'énervais facilement.						
84. J'ai l'impression d'être pendant(e) partout.						
85. J'éprouve d'importantes sautes d'humeur.						
86. Je suis gêné(e) par mes besoins corporels.						
87. Je préférerais rester seul(e) qu'être en compagnie.						
88. La souffrance rend meilleur(e).						
89. Je sais qu'on m'aime.						
90. Je me sens poussé(e) à faire du mal aux autres ou à moi-même.						
91. J'ai l'impression de vraiment savoir qui je suis.						

#### 4. Les tableaux de corrélation

Coeffs de Corrélations de Rangs de Spearman (Tca avec l'échelle cognitive,avant) Cellules à VM ignorées Corrélations significatives marquées à p <,05000																				
	TCA,r eche he de mainc eur,av.	TC A,b ouli mie son corps,av.	TCA,insat isfaction par rapport à son corps,av.	TC A,in effic acit é,av .	TCA ,perf ectio nnis me,a v.	TCA,m éfiance interpe rsonnel le,av.	TCA, consci nce intéro c eptive, av.	TCA peur de la matu rité,a v.	TC A,a scét ism e,av .	TCA,c ontrô l e des pulsio ns,av.	TCA, inséc urité social e,av.	M ét a, F1 ,a v.	M ét a, F2 ,a v.	M ét a, F3 ,a v.	M ét a, F4 ,a v.	M ét a, F5 ,a v.	copi ng pro blè me, av.	cop ing ém otio n,a v.	co pi ng S. S,a v.	lo c u s, a v.
TCA,rech erche de mainceur, av.	1,0000 00	0,4 540 65	0,786644	0,53 940 4	- 0,174 699	0,78915 7	0,6325 30	0,220 896	0,7 409 64	0,7710 84	0,771 084	- 0, 37 95 18	0, 76 50 60	0, 16 26 51	0, 00 00 00	0, 91 56 63	0,51 204 8	- 0,75 450 5	- 0,1 23 49 4	0, 3 9 4 5 1 2
TCA,boul imie,av.	0,4540 65	1,0 000 00	0,186339	0,61 733 1	0,343 616	0,44179 3	0,3804 33	0,575 000	0,3 681 61	0,3927 05	0,392 705	- 0, 23 31 68	0, 33 13 44	0, 07 36 32	- 0, 12 19 88	0, 62 58 73	0,09 817 6	- 0,12 198 8	- 0,4 65 41 8	0, 5 5 0 4 8
TCA,insat isfaction par rapport à son corps,av.	0,7866 44	0,1 863 39	1,000000	0,20 245 8	0,182 940	0,87811 4	0,5305 27	0,062 113	0,6 951 74	0,9329 96	0,932 996	- 0, 24 39 21	0, 39 02 73	0, 23 17 25	0, 04 84 93	0, 61 58 99	0,50 003 7	- 0,76 376 3	- 0,2 00 01 6	- 0, 6 7 5 9 2

																			6	
TCA,ineff icacité,av.	0,5394 04	0,6 173 31	0,202458	1,00 000 0	0,157 579	0,37576 4	0,3636 43	0,654 371	0,4 606 15	0,3757 64	0,375 764	- 0, 36 97 04	0, 34 54 61 61	- 0, 00 60 23 90	0, 34 58 78 2	0,43 637 2	- 0,33 737 4	- 0,2 73 33 9	- 0,4 4 5 6 0	
TCA,perf ectionnis me,av.	- 0,1746 99	0,3 436 16	0,182940	0,15 757 9	1,000 000	0,32530 1	0,1686 75	0,220 896	0,1 084 34	0,3373 49	0,337 349	0, 07 22 89	- 0, 63 85 54	- 0, 21 08 43	- 0, 14 37 15 71	0,25 903 6	0,01 197 6	- 0,2 71 68 8	- 0,4 4 9 5 6 0	
TCA,méfi ance interperso nnelle,av.	0,7891 57	0,4 417 93	0,878114	0,37 576 4	0,325 301	1,00000 0	0,7349 40	0,147 264	0,9 036 14	0,9638 55	0,963 855	- 0, 10 84 34	0, 28 91 57	0, 01 80 72 68	0, 16 76 61	0,72 891 6	- 0,75 450 5	- 0,0 12 34 9	- 0,5 4 1 3 0 7	
TCA, conscience intérocept ive,av.	0,6325 30	0,3 804 33	0,530527	0,36 364 3	0,168 675	0,73494 0	1,0000 00	0,368 161	0,7 710 84	0,6867 47	0,686 747	- 0, 48 79 52	0, 13 85 54	- 0, 57 83 13 64	0, 38 55 42	0,77 108 4	- 0,86 229 1	- 0,0 74 09 7	- 0,2 6 6 0 6 6	
TCApeur de la maturité,a	0,2208 96	0,5 750 00	0,062113	0,65 437 1	0,220 896	0,14726 4	0,3681 61	1,000 000	0,2 454 40	0,2822 56	0,282 256	- 0, 72	0, 13 49	- 0, 12	0, 46 35	0, 29 45	0,04 908 8	- 0,34 156	- 0,6 91	- 0, 2

v.												40 49	92	27 20	53	28		5	83 8	6 4 1 9 8
TCA,ascétisme,av.	0,7409 64	0,3 681 61	0,695174	0,46 061 5	0,108 434	0,90361 4	0,7710 84	0,245 440	1,0 000 00	0,8554 22	0,855 422	- 0, 09 63 86	0, 32 53 01 65	- 0, 06 62 79 05	- 0, 04 79 76	0, 49 39 5	0,80 120 7	- 0,77 845	0,1 60 54 3 6 4	- 0, 3 9 4 6 4
TCA,contrôle des pulsions,av.	0,7710 84	0,3 927 05	0,932996	0,37 576 4	0,337 349	0,96385 5	0,6867 47	0,282 256	0,8 554 22	1,0000 00	1,000 000	- 0, 25 90 36	0, 29 51 81	0, 09 63 86	0, 03 59 29 37	0, 58 43	0,63 253 0	- 0,80 241 0	- 0,2 09 94 1 6 9	- 0, 6 3 6 4 6 9
TCA,insécurité sociale,av.	0,7710 84	0,3 927 05	0,932996	0,37 576 4	0,337 349	0,96385 5	0,6867 47	0,282 256	0,8 554 22	1,0000 00	1,000 000	- 0, 25 90 36	0, 29 51 81	0, 09 63 86	0, 03 59 29 37	0, 58 43	0,63 253 0	- 0,80 241 0	- 0,2 09 94 1 6 9	- 0, 6 3 6 4 6 9
Méta,F1,av.	- 0,3795 18	- 0,2 331 68	-0,243921	- 0,36 970 4	0,072 289	- 0,10843 4	- 0,4879 52	- 0,724 049	- 0,0 963 86	- 0,2590 36	- 0,259 036	1, 00 00 00 08	- 0, 27 71 05 08	0, 30 12 95 25	- 0, 23 37 95 18	- 0, 37 95	- 0,04 819 3	0,58 683 7	0,6 05 12 3 1 2	0, 3 9 4 5 1 2

<b>Méta,F2,a</b> <b>v.</b>	0,7650 60	0,3 313 44	0,390273	0,34 546 1	- 0,638 554	0,28915 7	0,1385 54	0,134 992	0,3 253 01	0,2951 81	0,295 181	- 0, 27 71 08	1, 00 00	0, 50 60	0, 21 55	0, 86 14	- 0,06 024	- 0,32 335	- 0,1 97 59 1 7 5	0, 0 0
<b>Méta,F3,a</b> <b>v.</b>	0,1626 51	0,0 736 32	0,231725	- 0,00 606 1	- 0,210 843	0,01807 2	- 0,5783 13	- 0,122 720	- 0,0 662 65	0,0963 86	0,096 386	0, 30 12 05	0, 50 60 24	1, 00 00	0, 53 89 32	0, 36 14 46	- 0,47 590 4	0,28 743 0	- 0,3 39 61 0 7 5	0, 0 0
<b>Méta,F4,a</b> <b>v.</b>	0,0000 00	- 0,1 219 88	0,048493	0,34 942 3	- 0,143 715	- 0,16766 8	- 0,3712 64	0,463 553	- 0,0 479 05	0,0359 29	0,035 929	- 0, 23 95 25	0, 21 55 73	0, 53 89 32	1, 00 00 00	0, 08 38 34	- 0,25 150 2	0,00 000 0	- 0,4 91 02 1 7 5	- 0, 5 0
<b>Méta,F5,a</b> <b>v.</b>	0,9156 63	0,6 258 73	0,615899	0,58 789 0	- 0,192 771	0,59036 1	0,3855 42	0,294 528	0,4 939 76	0,5843 37	0,584 337	- 0, 37 95 18	0, 86 14 46	0, 36 14 46	0, 08 38 34	1, 00 00 00	0,19 277 1	- 0,47 905 1	- 0,3 51 95 9 6 7	- 0, 2 2
<b>coping</b> <b>problème,</b> <b>av.</b>	0,5120 48	0,0 981 76	0,500037	0,43 637 2	0,259 036	0,72891 6	0,7710 84	0,049 088	0,8 012 05	0,6325 30	0,632 530	- 0, 04 81 93	- 0, 06 02 41	- 0, 47 59 04	- 0, 25 15 02	0, 19 27 71	1,00 000 0	- 0,70 659 9	0,4 44 58 0 5 5	- 0, 5 4

																				4 5
<b>coping émotion,av.</b>	- 0,7545 05	- 0,1 219 88	-0,763763	- 0,33 737 4	0,011 976	- 0,75450 5	- 0,8622 91	- 0,341 565	- 0,7 784 57	- 0,8024 10	- 0,802 410	0, 58 68 37	- 0, 32 33 59	0, 28 74 30	0, 00 00 00	- 0, 47 90 51	- 0,70 659 9	1,00 000 0	0,0 49 10 9 9 0	0, 4 9 0 9 9 0
<b>coping S.S,av.</b>	- 0,1234 94	- 0,4 654 18	-0,200016	- 0,27 333 9	- 0,271 688 9	- 0,01234 9	0,0740 97	- 0,691 838	0,1 605 43	- 0,2099 41	- 0,209 941	0, 60 51 23	- 0, 19 75 91	- 0, 33 96 10	- 0, 49 10 29	- 0, 35 19 59	0,44 458 0	0,04 910 3	1,0 00 00 9 6 3	0, 2 1 2 9 6 3
<b>locus,av.</b>	- 0,3945 12	0,0 550 48	-0,675926	- 0,44 956 0	- 0,449 560	- 0,54130 7	- 0,2660 66	- 0,264 198	- 0,3 394 64	- 0,6364 69	- 0,636 469	0, 39 45 12	0, 00 91 75	0, 00 91 75	- 0, 50 91 75	- 0, 22 93 67	0,54 554 5	0,49 099 0	0,2 12 0 0 0 0	1, 0 0 0 0 0 0

Coeffs de Corrélations de Rangs de Spearman (Beck avec les échelles cognitives avant) Cellules à VM ignorées

Corrélations significatives marquées à  $p < ,05000$

	<b>Beck, av.</b>	<b>Méta,F 1,av.</b>	<b>Méta,F 2,av.</b>	<b>Méta,F 3,av.</b>	<b>Méta,F 4,av.</b>	<b>Méta,F 5,av.</b>	<b>coping problème,av .</b>	<b>coping émotion,av.</b>	<b>coping S.S,av.</b>	<b>locus, av.</b>
<b>Beck,av.</b>	1,000 000	0,2710 84	0,3915 66	0,2530 12	0,1556 91	- 0,0421	-0,373494	0,395217	0,30873 6	- 0,036



						69				364
<b>Méta,F1,av.</b>	0,271 084	1,0000 00	- 0,2771 08	0,3012 05	- 0,2395 25	- 0,3795 18	-0,048193	0,586837	0,60512 3	- 0,115 154
<b>Méta,F2,av.</b>	0,391 566	- 0,2771 08	1,0000 00	0,5060 24	0,2155 73	0,8614 46	-0,060241	-0,323359	- 0,19759 1	- 0,636 375
<b>Méta,F3,av.</b>	0,253 012	0,3012 05	0,5060 24	1,0000 00	0,5389 32	0,3614 46	-0,475904	0,287430	- 0,33961 0	- 0,212 125
<b>Méta,F4,av.</b>	0,155 691	- 0,2395 25	0,2155 73	0,5389 32	1,0000 00	0,0838 34	-0,251502	0,000000	- 0,49102 9	0,253 030
<b>Méta,F5,av.</b>	- 0,042 169	- 0,3795 18	0,8614 46	0,3614 46	0,0838 34	1,0000 00	0,192771	-0,479051	- 0,35195 9	- 0,709 104
<b>coping problème,av .</b>	- 0,373 494	- 0,0481 93	- 0,0602 41	- 0,4759 04	- 0,2515 02	0,1927 71	1,000000	-0,706599	0,44458 0	- 0,551 525
<b>coping émotion,av.</b>	0,395 217	0,5868 37	- 0,3233 59	0,2874 30	0,0000 00	- 0,4790 51	-0,706599	1,000000	0,04910 3	0,554 257
<b>coping S.S,av.</b>	0,308 736	0,6051 23	- 0,1975 91	- 0,3396 10	- 0,4910 29	- 0,3519 59	0,444580	0,049103	1,00000 0	- 0,260 915
<b>locus,av.</b>	- 0,036 364	- 0,1151 54	- 0,6363 75	- 0,2121 25	0,2530 30	- 0,7091 04	-0,551525	0,554257	- 0,26091 5	1,000 000

Coeffs de Corrélations de Rangs de Spearman (Beck avec les échelles cognitives avant) Cellules à VM ignorées

Corrélations significatives marquées à  $p < ,05000$

	<b>Beck, av.</b>	<b>Méta,F 1,av.</b>	<b>Méta,F 2,av.</b>	<b>Méta,F 3,av.</b>	<b>Méta,F 4,av.</b>	<b>Méta,F 5,av.</b>	<b>coping problème,av .</b>	<b>coping émotion,av.</b>	<b>coping S.S,av.</b>	<b>locus, av.</b>
<b>Beck,av.</b>	1,000 000	0,2710 84	0,3915 66	0,2530 12	0,1556 91	- 0,0421 69	-0,373494	0,395217	0,30873 6	- 0,036 364
<b>Méta,F1,av.</b>	0,271 084	1,0000 00	- 0,2771 08	0,3012 05	- 0,2395 25	- 0,3795 18	-0,048193	0,586837	0,60512 3	- 0,115 154
<b>Méta,F2,av.</b>	0,391 566	- 0,2771 08	1,0000 00	0,5060 24	0,2155 73	0,8614 46	-0,060241	-0,323359	- 0,19759 1	- 0,636 375
<b>Méta,F3,av.</b>	0,253 012	0,3012 05	0,5060 24	1,0000 00	0,5389 32	0,3614 46	-0,475904	0,287430	- 0,33961 0	- 0,212 125
<b>Méta,F4,av.</b>	0,155 691	- 0,2395 25	0,2155 73	0,5389 32	1,0000 00	0,0838 34	-0,251502	0,000000	- 0,49102 9	0,253 030
<b>Méta,F5,av.</b>	- 0,042 169	- 0,3795 18	0,8614 46	0,3614 46	0,0838 34	1,0000 00	0,192771	-0,479051	- 0,35195 9	- 0,709 104
<b>coping</b>	-	-	-	-	-	0,1927	1,000000	-0,706599	0,44458	-

<b>problème,av.</b>	0,373 494	0,0481 93	0,0602 41	0,4759 04	0,2515 02	71			0	0,551 525
<b>coping émotion,av.</b>	0,395 217	0,5868 37	- 0,3233 59	0,2874 30	0,0000 00	- 0,4790 51	-0,706599	1,000000	0,04910 3	0,554 257
<b>coping S.S,av.</b>	0,308 736	0,6051 23	- 0,1975 91	- 0,3396 10	- 0,4910 29	- 0,3519 59	0,444580	0,049103	1,00000 0	- 0,260 915
<b>locus,av.</b>	- 0,036 364	- 0,1151 54	- 0,6363 75	- 0,2121 25	0,2530 30	- 0,7091 04	-0,551525	0,554257	- 0,26091 5	1,000 000

Coeffs de Corrélations de Rangs de Spearman (TCA avec L'échelle cognitive) Cellules à VM ignorées  
Corrélations significatives marquées à  $p < ,05000$

	<b>TCA,insécurité sociale,ap.</b>	<b>Méta, F1,ap.</b>	<b>Méta ,F2,a p</b>	<b>Méta ,F3,a p</b>	<b>Méta ,F4,a p</b>	<b>Méta ,F5,a p</b>	<b>coping problème ,ap.</b>	<b>coping émotion, ap.</b>	<b>coping S.S, ap.</b>	<b>locu s,ap</b>
<b>TCA,recherche de la mainceur,ap.</b>	0,750000	0,687 233	0,432 132	0,625 873	0,691 411	0,404 977	0,259279	- 0,638145	0,0000 00	- 0,44 0260
<b>TCA,boulimie,ap.</b>	0,670820	0,736 989	0,039 440	0,752 669	0,741 469	0,501 779	0,118319	- 0,517460	- 0,2430 49	- 0,06 4291
<b>TCA,insatisfaction par rapport à son corps,ap.</b>	0,775000	0,441 793	0,259 279	0,282 256	0,679 064	0,355 889	0,345705	- 0,736321	- 0,1595 36	- 0,30 1893

<b>TCA,inefficacité,ap.</b>	0,616364	0,481 628	0,521 830	0,493 978	0,403 797	0,246 989	0,018637	- 0,481628	0,0308 74	- 0,39 8734
<b>TCA,perfectionnisme, ap.</b>	0,550000	0,319 072	0,493 865	0,269 984	0,000 000	0,319 072	-0,172853	- 0,466337	- 0,0490 88	0,00 0000
<b>TCA,méfiance interpersonnelle,ap.</b>	0,584860	0,159 498	0,224 655	0,082 939	0,333 773	0,172 258	0,044931	- 0,529533	- 0,1977 77	- 0,12 4249
<b>TCA,conscience intéroceptive,ap.</b>	0,767311	0,432 231	0,310 613	0,240 814	0,664 712	0,327 260	0,403797	- 0,753316	- 0,0864 46	- 0,36 7089
<b>TCA,peur de la maturité,ap.</b>	0,410391	0,239 226	- 0,342 019	- 0,050 363	0,139 341	0,251 816	-0,202678	- 0,453270	- 0,6043 60	0,64 5282
<b>TCA,ascétisme,ap.</b>	0,918257	0,852 112	0,410 009	0,660 695	0,888 353	0,747 141	0,689561	- 0,889160	0,0493 98	- 0,41 7722
<b>TCA,contrôle des pulsions,ap.</b>	0,750000	0,687 233	0,432 132	0,625 873	0,691 411	0,404 977	0,259279	- 0,638145	0,0000 00	- 0,44 0260
<b>TCA,insécurité sociale,ap.</b>	1,000000	0,785 409	0,382 745	0,613 601	0,814 877	0,711 777	0,518558	- 0,944945	- 0,0490 88	- 0,27 6735
<b>Méta,F1,ap.</b>	0,785409	1,000 000	0,466 675	0,807 229	0,630 315	0,614 458	0,321218	- 0,728916	0,1084 34	- 0,27 7862
<b>Méta,F2,ap</b>	0,382745	0,466	1,000	0,551	0,048	0,248	0,207317	-	0,6727	-

		675	000	525	780	489		0,290914	40	0,74 5471
<b>Méta,F3,ap</b>	0,613601	0,807 229	0,551 525	1,000 000	0,448 493	0,638 554	0,054546	- 0,385542	0,1385 54	- 0,29 6387
<b>Méta,F4,ap</b>	0,814877	0,630 315	0,048 780	0,448 493	1,000 000	0,569 707	0,725610	- 0,812136	- 0,1090 93	- 0,31 6825
<b>Méta,F5,ap</b>	0,711777	0,614 458	0,248 489	0,638 554	0,569 707	1,000 000	0,333339	- 0,578313	- 0,3554 22	0,04 9398
<b>coping problème,ap.</b>	0,518558	0,321 218	0,207 317	0,054 546	0,725 610	0,333 339	1,000000	- 0,660618	0,2969 75	- 0,57 7740
<b>coping émotion,ap.</b>	-0,944945	- 0,728 916	- 0,290 914	- 0,385 542	- 0,812 136	- 0,578 313	-0,660618	1,000000	0,0000 00	0,28 4037
<b>coping S.S, ap.</b>	-0,049088	0,108 434	0,672 740	0,138 554	- 0,109 093	- 0,355 422	0,296975	0,000000	1,0000 00	- 0,82 1238
<b>locus,ap</b>	-0,276735	- 0,277 862	- 0,745 471	- 0,296 387	- 0,316 825	0,049 398	-0,577740	0,284037	- 0,8212 38	1,00 0000

Coeffs de Corrélations de Rangs de Spearman (Beck avec les echelles cognitives) Cellules à VM ignorées  
Corrélations significatives marquées à  $p < ,05000$

	<b>Beck,</b>	<b>Méta,F</b>	<b>Méta,</b>	<b>Méta,</b>	<b>Méta,</b>	<b>Méta,</b>	<b>coping</b>	<b>coping</b>	<b>coping</b>	<b>locus,</b>
--	--------------	---------------	--------------	--------------	--------------	--------------	---------------	---------------	---------------	---------------

	ap.	1,ap.	F2,ap	F3,ap	F4,ap	F5,ap	problème,ap	émotion,ap.	S.S, ap.	ap
<b>Beck,ap.</b>	1,000 000	- 0,0063 80	0,6161 95	0,1850 18	- 0,2182 36	- 0,3126 16	-0,282423	0,025520	0,478494	- 0,483 919
<b>Méta,F1,ap.</b>	- 0,006 380	1,0000 00	0,4666 75	0,8072 29	0,6303 15	0,6144 58	0,321218	-0,728916	0,108434	- 0,277 862
<b>Méta,F2,ap</b>	0,616 195	0,4666 75	1,0000 00	0,5515 25	0,0487 80	0,2484 89	0,207317	-0,290914	0,672740	- 0,745 471
<b>Méta,F3,ap</b>	0,185 018	0,8072 29	0,5515 25	1,0000 00	0,4484 93	0,6385 54	0,054546	-0,385542	0,138554	- 0,296 387
<b>Méta,F4,ap</b>	- 0,218 236	0,6303 15	0,0487 80	0,4484 93	1,0000 00	0,5697 07	0,725610	-0,812136	- 0,109093	- 0,316 825
<b>Méta,F5,ap</b>	- 0,312 616	0,6144 58	0,2484 89	0,6385 54	0,5697 07	1,0000 00	0,333339	-0,578313	- 0,355422	0,049 398
<b>coping problème,ap .</b>	- 0,282 423	0,3212 18	0,2073 17	0,0545 46	0,7256 10	0,3333 39	1,000000	-0,660618	0,296975	- 0,577 740
<b>coping émotion,ap.</b>	0,025 520	- 0,7289 16	- 0,2909 14	- 0,3855 42	- 0,8121 36	- 0,5783 13	-0,660618	1,000000	0,000000	0,284 037
<b>coping S.S, ap.</b>	0,478 494	0,1084 34	0,6727 40	0,1385 54	- 0,1090	- 0,3554	0,296975	0,000000	1,000000	- 0,821

					93	22				238
<b>locus,ap</b>	- 0,483 919	- 0,2778 62	- 0,7454 71	- 0,2963 87	- 0,3168 25	0,0493 98	-0,577740	0,284037	- 0,821238	1,000 000

